

Gesundheitsschutz und Altenpflege

4. – 6. September 2007 in Hamburg



Tagungsband

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN





Gesundheitsschutz und Altenpflege

4. – 6. September 2007 in Hamburg

Tagungsband

FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN



Impressum

bgwforum 2007 · Tagungsband
Stand 09/2007

Herausgeber
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege – BGW
Hauptverwaltung
Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg

Anfragen zum bgwforum 2007
Telefon (040) 202 07 – 32 12
Telefax (040) 202 07 – 32 98
www.bgw-online.de

Bestellnummer
SX-FT2007

Verantwortlicher Beirat bgwforum 2007
Prof. Dr. Stephan Brandenburg (Vorsitz),
Norbert Badziong, Regine Romahn,
Günther Woltering und Dr. Winfried Zink

Wissenschaftliche Leitung
Dr. Thomas Remé, Facharzt für Arbeitsmedizin,
Grundlagen der Prävention und Rehabilitation – BGW

Projektleitung
Bjørn Kähler und Corinna Bleckmann,
Grundlagen der Prävention und Rehabilitation – BGW

Redaktion
Anja Hirschberger, Öffentlichkeitsarbeit – BGW

Gestaltung und Satz
Kerstin Wendel, Hamburg

Druck
C.L. Rautenberg-Druck, Glückstadt

Gedruckt auf Profisilk – chlorfrei, säurefrei, recyclingfähig,
biologisch abbaubar nach ISO-Norm 9706



bgwforum 2007 · Tagungsband

Grußwort

Gesundheitsschutz: In die Zukunft gedacht

Prof. Dr. Gerhard Mehrtens



Prof. Dr. Stephan Brandenburg

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer, liebe Referentinnen und Referenten,

zwei einfache Fragen werfen ein Schlaglicht auf das Thema „Alter" in unserer Gesellschaft: Fragen Sie zunächst Freunde oder Bekannte, die mitten im Berufsleben stehen, was diese in zwanzig, dreißig, vierzig Jahren machen möchten. Viele von ihnen setzen auf eine glückliche Familie und Erfolg im Beruf und möchten später vielleicht die Welt bereisen – vorausgesetzt, die Gesundheit spielt mit. Die Entwicklung der letzten Jahre hat dazu geführt, dass mancher im Nachsatz noch die Hoffnung äußert, angesichts der Unsicherheiten bei der Altersvorsorge überhaupt ans Reisen denken zu können.

Fragen Sie dann Bekannte oder Verwandte, für die das Thema „Alter" schon viel näher gerückt ist, was ihnen wichtig ist. Häufig genannt werden mit Sicherheit: Möglichst lange selbstständig zu bleiben – und sich in guten Händen zu wissen, falls es nicht mehr so geht wie gewünscht. In einer Umfrage der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) sahen 76 Prozent der ab 50-Jährigen die Betreuung durch engagierte und motivierte Pflegekräfte als sehr wichtig an, für 61 Prozent war die Pflege durch eine feste Bezugsperson ein entscheidender Punkt.

Diese beiden Fragen zeichnen ein Bild der Wünsche und Erwartungen, die Menschen mit dem Älterwerden verbinden. Deutlich wird, wie mit steigendem Lebensalter der individuellen Unterstützung auch in der Pflege ein immer höherer Wert zugemessen wird. Aber wie realitätsnah ist dieser Wunsch? Für die Fachleute und Branchenkenner der BGW, der gesetzlichen Unfallversicherung für die Beschäftigten in der Altenpflege, gibt die Situation in den ambulanten und stationären Einrichtungen Anlass zur Sorge. Durch den demografischen Wandel müssen immer mehr alte Menschen von einem immer spärlicher nachrückenden Berufsnachwuchs versorgt werden. Hinzu kommen hohe körperliche und psychische Belastungen der Pflegekräfte, die sich unter anderem in einem überdurchschnittlichen Krankenstand äußern und damit viele Heime und ambulante Dienste unter Druck setzen. Als Führungskräfte, Beschäftigte oder Experten in der Altenpflege haben Sie das vielleicht auch schon selbst erfahren müssen. Von der gewünschten jederzeit garantierten persönlichen und engagierten Betreuung der Pflegebedürftigen kann unter diesen Umständen jedenfalls nicht die Rede sein.

Die BGW hat deshalb im Februar 2006 eine Initiative zur Sicherung der Zukunft der Altenpflege gestartet. Unter dem Motto „Aufbruch Pflege" hat sie seitdem eine Reihe von Präventionsprogrammen und weiteren Lösungskonzepten für die Branche vorgestellt und sich dafür eingesetzt, das Thema Pflege auch auf der politischen Agenda nach vorn zu rücken. In diesem Jahr steht nun der alle zwei

Jahre stattfindende große Fachkongress der BGW – das bgwforum – ebenfalls ganz im Zeichen von „Aufbruch Pflege".

Auf dem bgwforum 2007 – Gesundheitsschutz und Altenpflege – geben rund 100 Referentinnen und Referenten Einblick in erfolgreich erprobte Angebote und Maßnahmen für ambulante und stationäre Einrichtungen und diskutieren Umsetzungsmöglichkeiten und Erfolgskriterien mit den Teilnehmern. In den Vorträgen und Workshops geht es unter anderem um Qualitäts- und Risikomanagement, Fragen der Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung, Rückenprävention, Hautschutz und Hygiene. Weitere Beiträge beschäftigen sich mit dem Einfluss von Führungskräften auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter oder dem Umgang mit Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz. Aber auch aktuelle Brennpunkte und heikle Themen werden aufgegriffen: Das Themenspektrum reicht von Pflegekonzepten für Demenzkranke bis hin zu Sexualität in der Pflege und Sucht im Alter. Alle Beiträge haben dabei eine Gemeinsamkeit: Sie loten Perspektiven aus, wie innerhalb der Altenpflege die Strukturen und Abläufe so angepasst werden können, dass die Belastungen der Pflegekräfte ab- und die Zukunftschancen der Einrichtungen zunehmen.

Ein weiterer Aspekt spielt für das Leben im Alter genauso wie für den Arbeitsalltag der Pflegekräfte eine unbestritten große Rolle: Wie können Wohnformen im Alter gestaltet werden? Welche Vorteile bieten neue Modelle für die Bewohner? Welche besonderen Herausforderungen sind für die Pflegerinnen und Pfleger damit verbunden? Diesen Fragen widmet sich das Satellitensymposium „Alternative Wohnformen" auf dem bgwforum 2007 – die Ergebnisse werden Sie nach der Veranstaltung in einer eigenen Dokumentation nachlesen können.

Der vorliegende Tagungsband bietet einen Überblick über die vielfältigen Lösungsansätze, die auf dem bgwforum 2007 vorgestellt werden. Sie zeigen, dass ein „Aufbruch Pflege" zu schaffen ist, wenn die vorhandenen Möglichkeiten in den Altenpflegeeinrichtungen konsequent ausgeschöpft werden. Sie machen darüber hinaus deutlich, dass ambulante und stationäre Dienste nicht zuletzt ihre eigene Zukunft sichern, wenn sie sich für den Gesundheitsschutz der Beschäftigten einsetzen. Denn erst das Engagement der – gesunden! – Mitarbeiter erlaubt es, die Wünsche der Pflegebedürftigen zuverlässig zu erfüllen, und sichert so langfristig den Erfolg des Unternehmens.

Lassen Sie sich von den Beiträgen auf dem bgwforum 2007 und in diesem Tagungsband inspirieren, sammeln Sie Anregungen für den Berufsalltag und helfen Sie mit, den „Aufbruch Pflege" in die Praxis zu tragen!

Prof. Dr. Gerhard Mehrtens
Vorsitzender der Geschäftsführung

Prof. Dr. Stephan Brandenburg
Mitglied der Geschäftsführung

Inhalt

Einführungsplenum: „Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Zukunftssicherung der Pflege"

Anforderungen aus Sicht der Branche
Dr. Marliese Biederbeck, München 22

Die BGW als Partner
Prof. Dr. Stephan Brandenburg, Hamburg 24

Plenum A: „Gesundheitsschutz"

Wie steht es um die Altenpflege?
Zahlen, Daten, Fakten
Dr. Albert Nienhaus, Hamburg 30

DAK-BGW Gesundheitsreport 2006:
Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege
Dr. Katrin Krämer, Berlin, und
Dr. Heike Schambortski, Hamburg 32

Die wichtigste Ressource nutzen:
Gesunde, engagierte Mitarbeiter
Sabine Gregersen, Hamburg 34

Betriebliche Gesundheitsförderung:
Wie aktiviert man die Mitarbeiter zum Mitmachen?
Dr. Thomas Behr, Hadamar 37

Plenum B: „Führung"

Gesundheit ist Chefsache: Gesundheitsfördernd führen
Angelika Gaßmann, Stuttgart 39

Krank durch Konflikte oder gesund durch
kompetente Führung?
Dr. Maren Kentgens, Hamburg 41

Kraftquelle Wertschätzung
Dr. Anne Katrin Matyssek, Düsseldorf 44

Wie Führungskräfte fit bleiben
Johanna Knüppel, Berlin 46

Plenum C: „Haut und Hygiene“

Hände sprechen Bände:
Was sie leisten und was sie brauchen
Regina Först, Bordesholm 48

Optimale Berührungsqualität bei optimalem Hautschutz
Alexandra Morch-Röder, Berlin 51

Schnell und einfach umgesetzt:
Die Hygieneempfehlungen des Robert Koch-Instituts
Erika Stolze, Weilrod 52

Hygiene in der ambulanten Pflege
Prof. Dr. Walter Popp, Essen 55

Plenum D: „Qualitätsmanagement I“

Warum Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz?
Reiner Maier, Troisdorf 57

Haftungsrisiken mindern: Was leistet qu.int.as®?
Dr. Thomas Ufer, Köln 60

qu.int.as® – Erfolgsfaktor Mitarbeiterorientierung
Bärbel Brandt, Siegen, und
Christian Schröder, Friesenhagen 63

Plenum E: „Qualitätsmanagement II“

Qualitätsentwicklung in der Altenpflege:
Zwischen Kundenerwartung und Überregulierung
Doreen Verfürth, Neubrandenburg 64

Stationäre Pflege weiterentwickeln, Qualität sichern –
ein Modellprojekt
Manfred Krohn, Hamburg, und Brigitte Rehling, Hamburg 67

Mehr Effizienz durch qualitative Kennzahlen:
Beispiel Expertenstandard Dekubitusprophylaxe
Sascha Saßen, Düsseldorf 69

Qualitätsmanagement:
Mit integriertem Arbeitsschutz die MDK-Anforderungen erfüllen
Elinor Lorenz-Ginschel, Feldafing 71

Plenum F: „Organisation“

Schichtarbeit gesundheitsfördernd gestalten
Dr. Heike Schambortski, Hamburg 73

Personaleinsatzplanung:
Wie man Pflege- und Betreuungspläne optimal gestaltet
Barbara Flöder, Aachen 75

Plenum G: „Risikomanagement“

Risikomanagement:
Fehler vermeiden, Schaden abwenden
Sascha Saßen, Düsseldorf 77

Deregulierung und wachsende Eigenverantwortung
Dr. Klaus Gregor, Würzburg 79

Gefährdungsbeurteilung für die Praxis – Empfehlungen der BGW
Erhard Weiß, Karlsruhe 81

Plenum H: „Rücken“

Forschung für die Pflege: Welche Körperhaltungen belasten den Rücken?
Sonja Freitag, Hamburg 86

Wirbelsäulenbelastung beim Bewegen von Patienten
Stefan Kuhn, Mainz 89

Was kann den Rücken stärken?
Der Ansatz der Salutogenese
Dr. Anne Flothow, Hamburg 91

Im Beruf bleiben:
Training und Beratung im BGW-Rückenkolleg
Lars Kaiser, Hamburg 93

Plenum I: „Brennpunkte“

Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression
Annett Zeh, Hamburg 95

Strangulation: Die Risiken der Fixierung
Dr. Jutta Schöpfer, München 99

Plenum J: „Demenz"

Demenz – was kann die Pflege erreichen?
Margarete Decher, Castrop-Rauxel, und
Corinna Kronsteiner-Buschmann, Castrop-Rauxel 101

Wohnformen: Was entlastet Demenzkranke und ihre Betreuer?
Jürgen Dettbarn-Reggentin, Berlin 103

Arbeitsschutz und Demenz – Ressourcen sinnvoll einsetzen
Philipp Nat, Bremen 106

Erfolgreiches Wissensmanagement:
Komplexe Sachverhalte einfach darstellen am Beispiel Demenz
Dr. Thomas Behr, Hadamar 109

Plenum K: „Betrieblicher Arbeitsschutz"

Ein Runder Tisch für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz
Dr. Stefan Baars, Hannover, und
Fred Meyerhoff, Hannover 111

Branchenbausteine für die Gefährdungsbeurteilung:
Beispiel Gefahrstoffe
Wolfgang Wegscheider, Köln, und
Dr. Gabriele Halsen, Köln 113

Entbürokratisierung in der Pflege
Erhard Weiß, Karlsruhe 116

Workshops

WS A1: Was ist bei freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beachten?
Stephan Wittkuhn, Hamburg 126

WS A2: Der Beratungsbesuch in der häuslichen Pflege: Pflegekräfte zwischen Beratung und Kontrolle
Martin Schieron, Duisburg 128

WS A3: Erhobenen Hauptes: Ganzheitliche Rückenschule
Katharina Rogalla, Darmstadt 130

WS A4: Die KRISTA-Studie der BGW: Rückengerecht arbeiten mit dem Pflegebett
Barbara-Beate Beck, Hamburg, und
Norbert Wortmann, Hamburg 132

WS A5: Distanz entlastet: Schuld und Verantwortung klar unterscheiden
Otto Inhester, Dorsten 135

WS A6: Spannungen vermeiden – Konflikte konstruktiv lösen
Dr. Maren Kentgens, Hamburg 137

WS A7: Netzwerken – aber richtig!
Doris Venzke, Wörth am Rhein 139

WS A9: Qualitätsmessung in der Altenpflege
Prof. Dr. Renate Stemmer, Mainz 141

WS A11: Intervision: Probleme lösen durch kollegiale Beratung
Thomas Eckardt, Lahnau 143

WS A12 und WS D10: Validation® – desorientierte Menschen einfühlsam begleiten
Heidrun Tegeler, Bremen 148

WS A13: Alles wunderbar? Mehr Durchblick mit begleitenden Fallbesprechungen
Birgit Röschmann, Hamburg, und
Kristina Krüggeler, Hamburg 150

WS A14: Erste Hilfe: Neue Basismaßnahmen der Wiederbelebung
Dr. Frank Haamann, Hamburg 153

WS A15: Fit für den demografischen Wandel: Länger gesünder pflegen
Stephan Köhler, Hamburg 157

WS B1: CareLift Management – Patiententransfer nach dem Guldmann-Konzept
Tina Sachs, Wiesbaden 158

WS B2: Ganz einfach: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege
Carola Brennert, Hamburg,
Sabine Müller-Bagehl, Hamburg und
Dörte Bauer-Sternberg, Hamburg 160

WS B3: Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege
Dr. Albert Nienhaus, Hamburg,
Kathrin Kromark, Hamburg,
Dr. Grita Schedlbauer, Hamburg, und
Anja Schablon, Hamburg 163

WS B4: Wenn alte Menschen ihren Lebensmut verlieren
Dr. Christian Braune, Hamburg 165

WS B5: Infektion mit MRSA – eine Berufskrankheit?
Dr. Frank Haamann, Hamburg 168

WS B6: KoKoQ – Kommunikation, Kooperation und Qualifikation verbessern
Dr. Norbert Schöll, Bremen 174

WS B7: Ein Träger, viele Einrichtungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement unter einem Dach
Hansjörg Wiesler, Stuttgart, und
Dr. Karin Töpsch, Stuttgart 177

WS B8 und WS C8: Wie Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeiter stärken können
Dr. Andreas Zimber, Heidelberg 179

WS B9: Sinn- und Lebenskrisen als Chancen begreifen
Andreas Schönwald, Dresden 183

WS B10: Im Gespräch bleiben – mit sprachbehinderten Menschen kommunizieren
Claudia Büttner, München 185

WS B11: Ergonomie in der Altenpflege: Mehr Wohlbefinden für Mitarbeiter und Bewohner
Norbert Wortmann, Hamburg, und
Michael Ramm, Hamburg 188

WS B12: Informationen aus erster Hand: Befragungen als Erfolgsfaktor in der Altenpflege
Moritz Wagner, Bermuthshain 190

WS B13: Von Siegern lernen: Treffen Sie die Gewinner des BGW-Gesundheitspreises 2007
Simone Friedrich, Hamburg,
Jana Kage, Hamburg, und
Sandra Dohm, Hamburg 192

WS B14 und WS F3: Gefahren im Griff: Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen
Jörg Damm, Düsseldorf, und
Dagmar Fischer-Böhm, Köln 194

WS B15: Einbeziehen statt ausgrenzen: Interkulturelle Kompetenz in der Altenhilfe
Wolfram Gießler, Essen 197

WS C1: Das persönliche Pflegedilemma: Wie Pflegekräfte eine gesunde innere Haltung finden
Wolfgang Siegel, Dortmund 199

WS C2: Die Biostoffverordnung einfach und effizient umsetzen
Dr. Anne-Maren Marxen, Kiel 201

WS C3: Den Arbeitsalltag in der Gerontopsychiatrie entlasten
Christiane Mäkler, Hamburg, und
Heike Dehmer, Hamburg 203

WS C5: Mehr Handlungssicherheit bei haftungsrechtlichen Tatbeständen
Stephan Wittkuhn, Hamburg 205

WS C6 und WS D6: Kinästhetik –
Patientenaktivität fördern, sich selbst entlasten
Maren Asmussen-Clausen, Tinglev (Dänemark), und
Jens Meier, Flensburg 207

WS C7: Effizienz und Qualität – ein Widerspruch?
Eine gesundheitsökonomische Betrachtung
Prof. Dr. Manfred Haubrock, Osnabrück 209

WS C9: Sicherer Umgang mit Desinfektionsmitteln in der Pflege
Dr. Gabriele Halsen, Köln, und
Wolfgang Wegscheider, Köln 211

WS C10: Standards in der Pflege –
Schutz für Leistungsempfänger und -erbringer
Rolf Höfert, Neuwied 214

WS C11 und WS D1: Mit physischer Intervention Angriffen begegnen
Moti Arbel, Herzliya (Israel), und
Werner Pude, Hamburg 216

WS C12: Fit für die Zukunft:
Benchmarking in der stationären Altenpflege
Dr. Christopher Bangert, Freiburg 218

WS C13: Betriebliches Eingliederungsmanagement –
Aufgaben und Rollen betrieblicher Akteure
Markus Taddicken, Delmenhorst, und
Kerstin Palsherm, Hamburg 220

WS C14: Mehr Zeit für die ambulante Pflege –
innovative Modelle der Arbeitsorganisation
Ulrich Wabra, Göttingen 223

WS D2: Gute Kommunikation zwischen Illusion und Realität
Heike Lauber, Heidelberg, und
Jochen Schönemann, Heidelberg 224

WS D3: Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz
Erika Sirsch, Essen 226

WS D4: Wir bestimmen unsere Realität selbst, oder?
Rosemarie Andres, Trierweiler, und
Gertrud Schoden, Trierweiler 232

**WS D5: Informationsmanagement:
Damit Informationen richtig ankommen**
Gerhard Gieschen, Tübingen 233

WS D7: Schwerstarbeit: Bewohner mit Übergewicht
Dietmar Frenk, Herdecke, und
Christiane Zimmermann, Solingen 236

**WS D8: Der Weg zu einer gesunden Organisation:
Betriebliches Gesundheitsmanagement im Verbund**
Ulrich Strüber, Bielefeld, und
Jürgen Lempert-Horstkotte, Bielefeld 238

WS D9: Sucht im Alter
Thomas Zeickau, Hamburg 240

**WS D12: Prävention von Rückenbeschwerden:
Im Dschungel der Konzepte**
Barbara-Beate Beck, Hamburg, und
Ruth Reichenbach, München 242

**WS E1: Erfolgsfaktor Gesundheit:
Organisationsentwicklung mit LifeCare**
Karla Kämmer, Essen 243

WS E2: Die hohe Kunst des Managements: Flexibel führen
Bernd Kwiatkowski, Mettmann 249

**WS E3: Hilfe für die Helfer:
Psychische Belastungen erkennen und erfolgreich bewältigen**
Heike Lauber, Heidelberg, und
Jochen Schönemann, Heidelberg 254

WS E4: Aktivierung mit Liftern? Das unterschätzte Hilfsmittel
Karsten Schütt, Berlin, und
Michael Ramm, Hamburg 256

WS E5: Ergonomico – für einen schmerzfreien Rücken
Barbara-Beate Beck, Hamburg, und
Gudrun Engelhard, Hamburg 258

WS E6: Sicher ankommen: Pkw-Fahrten in der ambulanten Pflege
Dr. Katrin Krämer, Berlin, und
Lars Welk, Hamburg 262

WS E7: Potenziale nutzen: Alternsgerechte Arbeitsgestaltung
Dr. Andreas Zimber, Heidelberg 264

WS E8: qu.int.as® in der Praxis:
Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement erfolgreich verknüpfen
Wolfgang Heckel, Hohenstein-Ernstthal, und
Jörg Stricker, Perleberg 269

WS E9 und WS F6: Praktische Erfahrungen mit al.i.d.a®:
Die Zeit-Leistungs-Analyse
Sigrid Küfner, Hamburg, und
Matthias Wilhelm, Hamburg 271

WS E10: Fit bleiben statt krumm schuften:
Rückenschule in der Hauswirtschaft
Ruth Reichenbach, München, und
Beate Wiedmann, Hamburg 273

WS E14: Sexualität in der Pflege
Ada van der Star, Frankfurt 275

WS E15: Vorbereitet auf den Ernstfall: Professionelle Sterbebegleitung
Dr. Joachim Bischoff, Döbern 278

WS E16: „Geht nicht, gibt's nicht!" –
Gesundheitsmanagement in der Neanderklinik Harzwald GmbH
Martina Röder, Ilfeld, und
Heike Dehmer, Hamburg 280

WS F1: Richtungsweisend:
Unternehmensleitbild und Gesundheitsförderung
Ulla Vogt-Akpetou, Bielefeld, und
Gundel Rumpke, Dielingen 284

WS F2: Elektrisch betriebene Pflegeprodukte sicher anwenden
Werner Pude, Hamburg 286

WS F4: Das Jahr des Rückens:
Ein Modellprojekt zur Prävention von Rückenbeschwerden
Dietmar Frenk, Herdecke,
Vera Druckrey, Sankt Augustin, und
Nicole Klemp, Köln 288

WS F5: qu.int.as® – Strategien für eine erfolgreiche Zertifizierung
Dr. Alfons Roerkohl, Bochum, und
Ralf Hansen, Düsseldorf 291

WS F7: Work-Life-Balance:
Familienfreundliche Arbeitsmodelle für die Altenpflege
Jana Kage, Hamburg 293

WS F8: Gewalt und Aggression: Die Eskalation vermeiden
Annett Zeh, Hamburg, und
Michael Jung-Lübke, Voerde 295

WS F9: Sucht in der Altenpflege – Wege aus dem Dilemma
Peter Heinrich, Calw, und
Reinhold Wischnewski, Nagold 299

WS F10: Reorganisation als Chance für eine erfolgreiche Zukunft
Michael Settgast, Kornwestheim 301

WS F11: Risikomanagement:
Chancen für eine erfolgreiche Unternehmensentwicklung
Matthias Konrad, Bochum 303

WS F13: Wissen, was Mitarbeiter bewegt:
Das BGW-Betriebsbarometer
Doris Venzke, Wörth am Rhein 306

WS F14: Modell der Zukunft: Das multikulturelle Seniorenzentrum
Ralf Krause, Duisburg 309

WS F15: Neue Wege in der Altenpflege:
Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege
Angelika Ammann, Bielefeld, und
Stephan Köhler, Hamburg 316

WS F16: Technik in der Altenpflege – was ist möglich, was ist nötig?
Michael Reichenbach, Berlin, und
Dr. Vera Gerling, Dortmund 319

Autorenverzeichnis 323

Hinweis:
Die Fachbeiträge liegen in der Verantwortung der Autoren.



Die Vorträge

Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Zukunftssicherung der Pflege: Anforderungen aus Sicht der Branche

Einführungsplenum

Dr. Marliese Biederbeck,
Geschäftsführerin des DBfK Landesverbands Bayern e.V., München

Mit der demografischen Entwicklung und der steigenden Zahl älterer Menschen werden die Anforderungen an die Pflegeberufe zukünftig stark steigen. Pflegebedürftigkeit ist vor allem ein Problem der sehr alten Menschen und die Bevölkerungsentwicklung zeigt, dass besonders die Zahl hochaltriger Menschen zunimmt. Neue Herausforderungen ergeben sich zudem mit der wachsenden Zahl chronisch und multimorbid erkrankter Menschen mit erheblichem Pflegebedarf. Pflege findet heute nicht nur in stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtungen statt. Pflegerische Arbeit wird in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, in alternativen Wohnformen sowie in Formen betreuten Wohnens geleistet. Verschiedene Projekte pflegewissenschaftlicher Forschung haben zur Entwicklung neuer pflegerischer Versorgungsformen beigetragen. Die Pflegelandschaft hat sich zu einer Dienstleistungsbranche mit erheblichem Wachstumspotenzial entwickelt.

Untersuchungen belegen, dass mit dem Anstieg der Anforderungen die Belastungen der Berufsangehörigen enorm zugenommen haben (vgl. „Aufbruch Pflege", BGW, 2006). Dabei geht es weniger um die Zunahme körperlicher Belastungen als vielmehr um Belastungen, die in Zusammenhang mit der Organisation der Pflegearbeit stehen. Pflegende erleben einen hohen Zeitdruck, sie sind vielfach für zu viele Bewohnerinnen und Bewohner zuständig und die Möglichkeit, Pausen einzuhalten, ist oft nicht gegeben. In der stationären Altenpflege spitzen sich solche Belastungen weiter zu, wenn Kolleginnen und Kollegen krank werden, der Arbeitsumfang jedoch gleich bleibt und von weniger Personen geleistet werden muss. Überforderung entsteht aber auch dann, wenn Pflegende für die zu bewältigenden Aufgaben nicht entsprechend qualifiziert sind und somit der Verantwortungsdruck für die Leitungen untragbar wird.

Trotz steigender Anforderungen in der Altenpflege lässt sich in den letzten Jahren ein vermehrter Einsatz gering bis gar nicht qualifizierter Helferinnen und Helfer beobachten. Während die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege dramatisch rückläufig ist, steigt sie in den weitgehend ungeregelten Helferqualifikationen kontinuierlich an. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass die Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener Studiengänge faktisch nicht in der Altenpflegepraxis tätig werden. So kann heute festgestellt werden, dass die Professionalisierung der Pflege keinen Einzug in die Altenpflegepraxis gehalten hat, sondern sich trotz steigender Anforderungen eine Deprofessionalisierung vollzogen hat.

Mit der Forderung nach einer angemessenen Fachkraftquote macht der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) auf die Missstände in der Altenpflege aufmerksam. Den wachsenden Anforderungen an die Pflegeberufe ist durch eine Verbesserung der personellen Rahmenbedingungen sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht zu entsprechen. Der DBfK fordert die Einführung analytischer Personalbemessungsverfahren, die den tatsächli-

chen Pflegebedarf der Bewohnerinnen und Klienten zugrunde legen und auf dieser Basis die Berechnung einer angemessenen Fachkraftquote ermöglichen.

Neben den zahlreichen Belastungen beinhaltet die Pflegetätigkeit aber auch eine Reihe von Ressourcen: So sind die Pflegenden mit ihrer Tätigkeit selbst, insbesondere aber mit der Aufgabenvielfalt pflegerischer Arbeit, sehr zufrieden. Auch der hohe Zusammenhalt unter den Kolleginnen und Kollegen wird als Ressource erlebt. Beides trägt aber dazu bei, dass der Arbeits- und Gesundheitsschutz von den Pflegenden selbst viel zu wenig ernst genommen wird, Arbeitsbelastungen und Überforderung zu lange ertragen werden und Selbstpflege so gut wie keine Anwendung findet. Pflegende nehmen oftmals organisatorische Bedingungen, den enormen Zeitdruck und die hohe Arbeitsdichte als gegeben hin, versuchen durch größere Anstrengungen als Einzelperson oder Team die steigenden Belastungen zu kompensieren. Hier ist ein Umdenken unter den Pflegenden zwingend erforderlich. Viel zu selten begehren Pflegende gegen unzumutbare Arbeitsbedingungen auf. Nur wenige suchen die Unterstützung entsprechender Organisationen wie Berufsverbänden oder Gewerkschaften, wenn es darum geht, die eigene Gesundheit zu schützen. Der DBfK bietet seinen Mitgliedern Beratung und Rechtsschutz rund um den Beruf. Mit dem Ziel, Pflegende für das Thema Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, bietet der DBfK aber auch eine spezielle Weiterbildung für Pflegende an, die die Prävention und den Gesundheitsschutz ins Zentrum stellt. Denn nur in der Gemeinschaft der Berufsangehörigen und durch gemeinsame Aktionen lassen sich Verbesserungen erreichen.

Psychische Belastungen, die durch Zeit- und Leistungsdruck entstehen, der mit der Zuständigkeit für zu viele Bewohnerinnen oder Klienten einhergeht, spielen nicht nur in der Forschung, sondern auch beim Arbeits- und Gesundheitsschutz meist nur eine untergeordnete Rolle. So werden Rückenbeschwerden mit der körperlichen Arbeit am Bewohner assoziiert und nur selten mit dem hohen Leistungsdruck in der Pflege in Verbindung gebracht. Wenn der Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Pflege Erfolg haben soll, ist auch hier ein Umdenken zwingend erforderlich. Psychische Belastungen, die häufig eine Folge unzumutbarer Arbeitsbedingungen sind, müssen vermehrt in den Fokus der Forschung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes gerückt werden. Der DBfK begrüßt daher die BGW-Initiative „Aufbruch Pflege" und das Programm des bgwforum, die den Gesundheitsschutz in der Altenpflege ins Zentrum setzen und die organisationsbedingten Belastungen thematisieren.

Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Zukunftssicherung der Pflege: Die BGW als Partner

Prof. Dr.
Stephan Brandenburg,
Mitglied der Geschäftsführung der BGW, Hamburg

Im Jahr 2006 hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ihre Kampagne „Aufbruch Pflege“ mit einem zentralen Anliegen gestartet: Politik und Altenpflegeeinrichtungen sollen sich stärker dafür einsetzen, dass die in der Pflege tätigen Menschen in ihrem Beruf gesund und motiviert bleiben. Hintergrund dieser Forderung sind die oft schwierigen Rahmenbedingungen in der Pflege. Die finanziellen und personellen Spielräume sind begrenzt, gleichzeitig nehmen die Anforderungen zu. Die Folgen hoher physischer und psychischer Belastungen im Pflegealltag sind eine auffällig hohe Zahl an krankheitsbedingten Ausfällen des Pflegepersonals sowie frühzeitige Berufsausstiege. Die Pflegeeinrichtungen können dies oft nur schwer kompensieren und gleichzeitig eine konstant hohe Qualität der Pflege sicherstellen.

Hintergrund: Prävention in den Pflegeberufen als Schwerpunktprogramm der BGW

Die BGW setzt sich mit ihrer Initiative dafür ein, in Zusammenarbeit mit Politik, Verbänden, Arbeitgebern und Arbeitnehmern ein stärkeres Bewusstsein für diese Problematik zu schaffen und die notwendigen Veränderungsprozesse anzustoßen. Ein wichtiges Element sind dabei maßgeschneiderte Unterstützungsangebote für die Pflegeeinrichtungen. Mit ihrer Produktlinie „Aufbruch Pflege“ bietet die BGW als Partner der Unternehmen eine Reihe wirkungsvoller, auf die individuelle Situation zugeschnittener Präventionsprogramme an.

Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für alle Einrichtungen der Altenpflege in Deutschland, die von den Wohlfahrtsverbänden oder von privaten Trägern betrieben werden, sowie für deren Beschäftigte. Bei ihr sind rund 20.000 Pflegeheime und -dienste mit fast 900.000 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern versichert. Über 40.000 Meldungen von Arbeits- oder Wegeunfällen sowie rund 3.000 Verdachtsmeldungen einer Berufskrankheit sind bei der BGW 2006 aus der Altenpflegebranche eingegangen. Sie zeigen die Folgen von steigenden Arbeitsbelastungen und werden von der BGW genau analysiert. Durch den ständigen und engen Kontakt zu den Pflegeeinrichtungen und den dort Beschäftigten kennt die BGW die Branche sehr genau. Die Beobachtungen und Forschungsergebnisse sind unter anderem in drei Gesundheitsreporte[1, 2, 3] in Kooperation mit der DAK sowie in zwei Pflegereporte[4, 5] der BGW eingeflossen.

Die Ausgangssituation: Immer mehr Pflegebedürftige

Ein wichtiger Einflussfaktor auf die Altenpflege prägt von außen die Zukunftsperspektiven der Branche: Die aktuelle Pflegestatistik des Statistischen Bundesamts vermeldet einen weiter steigenden Bedarf an professioneller Pflege[6]. Die Zahl der in Heimen Versorgten lag im Jahr 2005 um ganze 18 Prozent höher als in der ersten Pflegestatistik von 1999. Das gleiche Bild zeigt sich bei der Betreuung durch ambulante Dienste: 2005 erhielten 13,5 Prozent mehr Pflegebedürftige zu Hause Unterstützung als noch im Jahr 1999. Diese Entwicklung wird sich mit dem demografischen Wandel weiter verschärfen, denn

immer mehr Menschen werden immer älter und sind damit in Zukunft auf professionelle Unterstützung im Alter angewiesen. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) schätzt in diesem Zusammenhang, dass die Zahl der pflegebedürftigen Personen bis zum Jahr 2050 um insgesamt 145 Prozent auf 4,7 Millionen steigen wird [7]. Vorsichtigere Modelle gehen zwar von geringeren, aber immer noch deutlich gestiegenen Zahlen aus.

Die Folgen: Steigende Belastungen für die Pflegekräfte

Während damit die Nachfrage nach Angeboten der ambulanten und stationären Altenpflege wächst, sehen sich die Pflegeeinrichtungen zugleich mit zunehmenden Anforderungen an Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Qualität konfrontiert. Für die Pflegekräfte, die häufig mit hoher Motivation und aus persönlicher Überzeugung in ihren Beruf gestartet sind, hat das nur allzu oft negative Folgen: Auf Dauer bestimmen der hohe Zeitdruck und ständiger Stress ihren Berufsalltag und zehren an ihren Kräften.

Die BGW registrierte in den letzten Jahren einen Anstieg von psychosomatischen Beschwerden bei Altenpflegerinnen und Altenpflegern. Hinzu kommen körperliche Belastungen, die oftmals zu Hauterkrankungen und Rückenleiden führen. Insgesamt fehlen die Pflegekräfte häufiger wegen Krankheit als andere Berufsgruppen.

Der erste Pflegereport der BGW von 2006 hat einige Beobachtungen aus verschiedenen Untersuchungen zusammengetragen:

- Der von Altenpflegern subjektiv eingeschätzte psychische Gesundheitszustand liegt laut einer AOK-Studie 12 Prozent unter dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in Deutschland.
- Pflegekräfte werden um 62 Prozent häufiger wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben als die sonstigen Versicherten.
- Generell liegt der physische Gesundheitszustand in der Altenpflege 4 Prozent unter dem Durchschnitt der berufstätigen Bevölkerung in Deutschland. [4]

Weitere Zahlen untermauern dieses Bild:

- Der Krankenstand im Altenpflegebereich lag bei einer umfassenden Untersuchung im Jahr 2003 mit 5,8 Prozent erheblich über dem allgemeinen Branchendurchschnitt von 4,9 Prozent.
- Durchschnittlich waren die Beschäftigten in der Altenpflege 21,3 Tage krankgeschrieben, die Krankheitsfälle dauerten im Mittel 14,1 Tage an. Die Pflegekräfte hatten damit wesentlich längere Ausfallzeiten zu verzeichnen als der Branchendurchschnitt mit einer Fehlzeit von 17,7 Tagen und einer Dauer von 11,8 Tagen. [8]

Für die Pflegeeinrichtungen verstärkt sich durch die hohen Fehlzeiten noch der Druck; die Beschäftigten müssen zusätzlich zur ohnehin schon starken Arbeitsbelastung die vielen Ausfälle auffangen. Ein Teufelskreis, bei dem das anfängliche Engagement fast zwangsläufig auf der Strecke bleibt.

Handlungsbedarf auf allen Ebenen
Die Altenpflege stößt an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, falls ein baldiges Gegensteuern ausbleibt. Soll nicht die Pflegequalität leiden, muss jetzt ein „Aufbruch Pflege" erfolgen, wie ihn die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege fordert. Ansatzpunkte gibt es genug: Einerseits liegt der Auftrag bei Politik und Verbänden, zukunftsweisende Rahmenbedingungen zu gestalten, angefangen von einer angemessenen Entbürokratisierung in der Pflege bis hin zur Neugestaltung der gesetzlichen Pflegeversicherung. Andererseits stehen Heime und ambulante Dienste in der Verantwortung, vorhandene Unterstützungsangebote anzunehmen und selbst neue Wege zu gehen.

Die BGW engagiert sich auf allen Ebenen für Veränderungen zur Zukunftssicherung in der Pflege – die Beispiele reichen von Symposien zu den Themen Reform der Pflegeversicherung und Entbürokratisierung bis hin zu Kooperationsprojekten mit Verbänden und Institutionen, wie unter anderem einem sehr erfolgreichen Projekt zum Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege mit dem Amt für Arbeitsschutz Hamburg, das jetzt auf ganz Norddeutschland ausgeweitet wird. Weitere Beispiele werden auf dem bgwforum 2007 ausführlich vorgestellt.

Lösungsangebote der BGW für Pflegeeinrichtungen
Ein wesentliches Ziel des Präventionskonzepts der BGW ist es, mit einer Reihe von Hilfsangeboten den Arbeits- und Gesundheitsschutz ganz konkret vor Ort in den Pflegeeinrichtungen zu verankern. Denn nur wenn die Beschäftigten in der Altenpflege so lange wie möglich gesund in ihrem Beruf bleiben, sind die Einrichtungen den steigenden Anforderungen an Qualität und Ökonomie gewachsen. Da jedes Pflegeheim, jeder Pflegedienst ganz individuelle Voraussetzungen mitbringt, hat die BGW ihre Präventionsangebote in einer eigenen Produktlinie „Aufbruch Pflege" zusammengeführt, aus der nach Bedarf einzelne Module ausgewählt werden können. Die Module bauen aber zugleich aufeinander auf und machen es so schrittweise möglich, ein umfassendes und systematisches betriebliches Management von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz im Unternehmen einzuführen.

1. Ebene: „Ansatzpunkte definieren": Grundlagen für gesundes Arbeiten
Um Veränderungen erfolgreich anstoßen und durchführen zu können, müssen zunächst die Ansatzpunkte definiert werden. Welche Probleme liegen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung vor? Wo entstehen gesundheitliche Gefährdungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? Wo können vorhandene Ressourcen identifiziert und nutzbar gemacht werden? Auf dieser „untersten" Ebene setzen die folgenden drei Angebote der BGW an:

- **BGWcheck – Gefährdungsbeurteilung in der Pflege:**
  Moderner Arbeitsschutz versteht sich als ganzheitlicher Schutz der Gesundheit im beruflichen Alltag. Die Betriebe sollen individuelle und praxistaugliche Lösungen für ihre speziellen Anforderungen entwickeln und umsetzen. Am Anfang aller Initiativen steht dabei die – gesetzlich vorgeschriebene – Gefährdungsbeurteilung. Mit dem Handlungsleitfaden

der BGW erstellen Pflegeeinrichtungen eine Dokumentation des betrieblichen Arbeitsschutzes und gewinnen dadurch Rechtssicherheit und solide Planungsgrundlagen für ihre Entscheidungen.

- **BGW miab.a – Mitarbeiterbefragung in der Altenpflege:**
  Die Arbeit in einer Pflegeeinrichtung kann körperlich und psychisch sehr belastend sein: Schichtarbeit, Stress, Zeitdruck ... Anlass zur Sorge geben vor allem die zunehmenden psychosomatischen Erkrankungen. Mit der Mitarbeiterbefragung zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen stellt die BGW Unternehmen in der Altenpflege ein einfach anzuwendendes Set von Fragebögen und Arbeitsmaterialien zur Verfügung, mit dem sich kleinere und mittlere Betriebe schnell und in Eigenregie einen Überblick über die psychischen Belastungen der Mitarbeiter sowie mögliche Gegenmaßnahmen verschaffen können.

- **BGW betriebsbarometer – ein Diagnoseinstrument für Pflegebetriebe:**
  Die systematische Erfassung von Belastungen und Ressourcen in allen Abteilungen einer Pflegeeinrichtung schafft erst die Voraussetzungen für eine aktive Gesundheitsförderung. Das BGW betriebsbarometer liefert hierfür eine umfassende und differenzierte Datengrundlage zum „Gesundheitszustand" von Betrieben mit mehr als 50 Mitarbeitern. Das Analyseinstrument setzt dabei auf die Mitarbeiter als „Experten in eigener Sache" und bezieht sie von Anfang an in Prozesse der Entscheidungsfindung und Umgestaltung mit ein. Die komplexe Erfassung und Auswertung der Daten leistet das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES).

2. Ebene: „Problembereiche anpacken":
Lösungen für die Belastungen einer modernen Arbeitswelt

In einem zweiten Schritt auf dem Weg zum gesunden Unternehmen – mit gesunden und motivierten Mitarbeitern – werden Lösungen für spezielle Problembereiche angegangen. Die Angebote der BGW setzen hier insbesondere bei Optimierungspotenzialen in der Personalentwicklung sowie der Arbeitsorganisation an. Aber auch für bereits vorhandene beruflich bedingte gesundheitliche Probleme der Beschäftigten steht ein eigenes Präventionsangebot zur Verfügung.

- **BGW gesu.per – Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung:**
  Wer trotz des Kostendrucks im Wettbewerb bestehen und wirtschaftlich erfolgreich sein will, muss sich auf gut ausgebildetes, leistungsfähiges und motiviertes Personal verlassen können. Hohe Krankenstände, nicht zuletzt durch psychosomatische Erkrankungen, verschärfen die ohnehin angespannte Personalsituation in den Betrieben. Hier setzt das Präventionsangebot „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung" der BGW an, das gezielt die Kompetenzen von Pflegekräften im Umgang mit Belastungen stärkt. Gefördert werden sogenannte „Schlüsselqualifikationen": Zeit- und Selbstmanagement, Kommunikations- und Teamfähigkeit sowie Selbstwahrnehmung.

- **BGWal.i.d.a® – Arbeitslogistik in der Altenpflege:**
  Hohe Fehlzeiten und Fluktuation in einer Pflegeeinrichtung können Symptome für eine überlastete Belegschaft sein und die Leistungsfähigkeit des Betriebs einschränken. Wenn die Qualität nicht mehr stimmt, geht das zu Lasten der Wettbewerbsfähigkeit. Dabei lassen sich die Potenziale in der Arbeitsorganisation gezielt nutzen und Arbeitsspitzen entzerren. BGWali.d.a ist ein erfolgreich erprobtes Beratungskonzept der BGW, das auf einen stressfreieren und gesünderen Arbeitsalltag für die Beschäftigten wie auf eine verbesserte Mitarbeitergesundheit und eine höhere Bewohnerzufriedenheit abzielt.

- **BGWsip – Sekundäre Individualprävention in der Pflege:**
  Knapp die Hälfte der Pflegekräfte leidet an Symptomen von Rücken- und Hauterkrankungen. Für viele beginnt eine Spirale von krankheitsbedingten Ausfällen und Überlastung bei der Arbeit. Verdrängt und unbehandelt verschlimmern sich die Symptome und viel zu häufig geben erfahrene Kräfte ihren Beruf auf. Doch eine Berufskrankheit ist vermeidbar – wenn rechtzeitig reagiert wird. Die BGW setzt deshalb auf frühzeitige, individuell abgestimmte Therapie und Prävention. Die „Prävention im zweiten Anlauf" ist als intensive und individuelle Betreuung jedes einzelnen Teilnehmers konzipiert.

3. Ebene: „Qualität sichern": Unternehmen und Mitarbeiter entwickeln
Höhere Ansprüche an die Qualität der Pflege sowie wachsende Anforderungen von Gesetzgeber und Kostenträgern verschärfen die ohnehin schon angespannte Situation in Pflegeeinrichtungen. Wer sich in Zukunft auf qualifiziertes, zuverlässiges und motiviertes Personal verlassen kann, sichert sich entscheidende Wettbewerbsvorteile. Erfolgreiche Betriebe nehmen die Gesundheit und Sicherheit ihrer Pflegekräfte als Managementaufgabe wahr. Hier knüpft die oberste Ebene der BGW-Produktlinie „Aufbruch Pflege" mit dem Präventionsprogramm „BGWqu.int.as" an:

- **BGWqu.int.as® – Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz:**
  Das Präventionsangebot BGWqu.int.as bietet Betrieben, die bereits nach einem QM-System arbeiten oder dies planen, die Möglichkeit, den Arbeitsschutz in die Prozesse zu integrieren. Diese zertifizierbare Leistung wird mit einer Prämie gefördert. Basis ist ein von der BGW entwickelter und erprobter Standard: die Managementanforderungen der BGW zum Arbeitsschutz. Sie erweitern den Kriterienkatalog der Qualitätsnorm um Anforderungen an die betriebliche Organisation des Arbeitsschutzes. Damit erhält der Unternehmer ein Instrument, um sichere und gesunde Arbeitsbedingungen umfassend, wirksam und effizient zu gestalten.

Fazit
Die Altenpflege ist in einer Umbruchsituation: Jetzt müssen die Weichen gestellt werden, damit auch in Zukunft mit gesunden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine hohe Qualität der Pflege gesichert werden kann. Die BGW steht in dieser

Situation als Partner an der Seite der Pflegeeinrichtungen: Mit vielfältigen Aktivitäten im Rahmen der BGW-Initiative „Aufbruch Pflege" und insbesondere mit einer Produktlinie von sieben ausgewählten Angeboten für die ambulante und stationäre Altenpflege zeigt die BGW Perspektiven für die Zukunftssicherung der Pflege auf. Diese sieben Präventionsprogramme machen deutlich, dass die Unternehmen den aktuellen Herausforderungen nicht hilflos gegenüberstehen müssen. Mithilfe geeigneter Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes lassen sich Potenziale bei den Beschäftigten und bei der Arbeitsorganisation erschließen und für die Sicherung von Pflegequalität und Wettbewerbsfähigkeit nutzen.

Literatur

[1] *BGW-DAK Gesundheitsreport 2003 Altenpflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2003*

[2] *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegenden in Einrichtungen der stationären Krankenpflege in Deutschland vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2005*

[3] *DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Ambulante Pflege – Arbeitsbedingungen und Gesundheit in ambulanten Pflegediensten. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2006*

[4] *Aufbruch Pflege. Moderne Prävention für Altenpflegekräfte. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2006*

[5] *Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2007*

[6] *Pflegebericht 2005. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, 2007*

[7] *Schulz E, Leidl R, König HH: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. DIW-Diskussionspapier Nr. 240. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), 2001: 12-16*

[8] *Küsgens I: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Altenpflegeberufen. Eine Untersuchung der in Altenpflegeeinrichtungen tätigen AOK-Versicherten, 2003. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Springer, 2005: 203-219*

Wie steht es um die Altenpflege? Zahlen, Daten, Fakten

Dr. Albert Nienhaus,
BGW, Hamburg

Die Altenpflege ist eine Branche mit Zukunft. Keine Branche, die bei der BGW versichert ist, hatte in den letzten Jahren so starke Zuwachsraten wie die Altenpflege. Das betrifft sowohl die stationäre als auch die ambulante häusliche Pflege. Für die Zukunft wird ein weiteres Wachstum vorausgesagt.

Die betriebsärztliche Betreuung der Altenpflegeeinrichtungen nach dem Arbeitsschutzgesetz scheint flächendeckend umgesetzt zu sein. Für kleinere Einrichtungen hat die BGW ein Unternehmermodell zur Umsetzung des Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetzes entwickelt. Etwa 80 Prozent aller Pflegekräfte in der Altenpflege sind gegen Hepatitis-B-Infektionen geimpft. Das spricht für die gute Umsetzung des Arbeitssicherheitsgesetzes.

Die Melderate eines Verdachts einer Berufskrankheit bezogen auf die Anzahl der Versicherten ist im Bereich der stationären Altenpflege höher als im Bereich der ambulanten Pflege. Meldungen eines Berufskrankheitenverdachts werden im Bereich der Altenpflege annähernd ähnlich häufig wie von Krankenhäusern erstattet. Die häufigsten Meldungen betreffen Hauterkrankungen, Infektionen und bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule.

Betriebsärztlichen Untersuchungen zufolge haben 18 Prozent der Altenpflegekräfte Hautveränderungen an den Händen, bei etwa der Hälfte zeigen sich berufsbedingte Verschlimmerungen der Hauterscheinungen. Im Rahmen einer von der BGW organisierten Untersuchung zeigte sich, dass die Hautveränderungen durch entsprechende Schutz- und Pflegemaßnahmen gut positiv beeinflusst werden können. Die betriebsärztlichen Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Anzahl der gemeldeten Hauterkrankungen aus dem Bereich der Altenpflege nur einen kleinen Teil der tatsächlich vorhandenen Hautveränderungen repräsentieren.

Bei den Infektionskrankheiten stehen Kontaktmeldungen wegen Krätze (Skabies) im Vordergrund. Beim Auftreten von Krätze bei einem oder mehreren Bewohnern in einem Altenpflegeheim müssen zur Eindämmung der Ausbreitung der Krätzemilben alle Beschäftigten präventiv behandelt werden. Daraus ergeben sich hohe Meldezahlen, die über die Jahre gesehen stark schwanken und einen zeitlichen Trend nur schwer erkennen lassen.

Blutübertragbare Virusinfektionen (Hepatitis B und Hepatitis C) spielen nur eine untergeordnete Rolle. Wegen der Schwere der Krankheitsbilder ist dennoch ein entsprechendes Augenmerk auf die Prävention dieser Infektionskrankheiten zu richten. Zukünftig könnte es auch zu einem Anstieg der Hepatitis-A-Infektionen kommen, da die Durchseuchung der Bevölkerung mit Hepatitis-A-Viren rückläufig ist. Früher waren fast alle Personen über 60 Jahre auf natürliche Weise immun gegen Hepatitis-A-Viren, da sie bereits eine Infektion durchgemacht hatten. Mit dem Rückgang der Durchseuchung gibt es nun auch einen zunehmenden Anteil an Bewohnern in Pflegeeinrichtungen, die noch keinen Kontakt

mit Hepatitis-A-Viren hatten und daher Ausbrüche in Altenpflegeheimen möglich machen. Dieser Tendenz sollte mit einer Doppelimpfung – Hepatitis A und B – bei Beschäftigten in der Altenpflege entgegengewirkt werden.

Die Tuberkulose ist bei alten Menschen etwa doppelt so häufig wie bei jungen Menschen. In einer Studie der BGW zur Häufigkeit der Tuberkulose-Infektion bei Beschäftigten im Gesundheitswesen hatten Beschäftigte in der Geriatrie eine erhöhte Rate an Tuberkulose-Infektionen. Diese Ergebnisse können wahrscheinlich auch auf die Beschäftigten in der Altenpflege allgemein übertragen werden.

Transfers von Patienten sind in der Altenpflege ähnlich häufig wie in der Krankenpflege. Dementsprechend ist auch das Risiko für bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule für Beschäftigte in der Altenpflege erhöht. Maßnahmen zur Reduktion der Belastungen der Wirbelsäule sind deshalb notwendig. Einer Studie der BGW zufolge scheint die Ausstattung mit kleinen Hilfsmitteln im Bereich der Altenpflege noch nicht ausreichend zu sein.

Arbeitsunfälle werden im Bereich der Altenpflege seltener gemeldet als von Krankenhäusern. Auffällig ist jedoch, dass etwa 10 Prozent aller Arbeitsunfälle von Menschen verursacht werden. Dahinter verbergen sich Übergriffe von aggressiven oder verwirrten Menschen. Die Prävention von Gewalt und der Umgang mit Übergriffen körperlicher und auch psychischer Art sollte deshalb ein Präventionsschwerpunkt in der Altenpflege sein.

Die Beschäftigungsdauer in der Altenpflege beträgt zurzeit im Durchschnitt zehn Jahre. Die Gründe für diese relativ kurze Verweildauer (früher Austritt oder später Eintritt in den Beruf) sind bisher nicht ausreichend untersucht. Bekannt ist, dass eine niedrige Arbeitszufriedenheit den Wunsch nach einem Tätigkeitswechsel steigert. Die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit ist ein Faktor, der die Arbeitszufriedenheit erhöht. Beschäftigungsmodelle, die den überwiegend weiblichen Mitarbeitern die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern, sind deshalb zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit und vermutlich auch zur Verlängerung der Verweildauer im Beruf hilfreich.

Aus Krankenkassendaten gewonnene Gesundheitsindikatoren sprechen für einen schlechteren Gesundheitszustand der Beschäftigten in der Altenpflege im Vergleich zu anderen Beschäftigten. Ob dieser durch die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege (mit)verursacht wird oder ob die Beschäftigten bereits vor der Aufnahme der Tätigkeit in der Altenpflege Gesundheitsprobleme hatten, ist bisher nicht geklärt. Unabhängig von der Klärung dieser Frage ist betriebliche Gesundheitsförderung in der Altenpflege ein wichtiges Instrument zur langfristigen Gesunderhaltung der Beschäftigten und damit zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege.

DAK-BGW Gesundheitsreport 2006: Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Plenum A

Dr. Katrin Krämer,
IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
Dr. Heike Schambortski,
BGW, Hamburg

Der demografische Wandel und die Verlagerung stationärer Leistungen auf den ambulanten Sektor führen zu einem steigenden Bedarf an ambulanter Pflege und stellen nicht nur die Dienste, sondern auch die hier Beschäftigten vor enorme Herausforderungen. Gegenstand des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege ist eine Analyse der Arbeitsbedingungen von ambulant Pflegenden. Hintergründe, Vorgehensweise und zentrale Ergebnisse werden im Folgenden dargestellt.

Einführung

Ambulante Pflege ist einer der wachsenden Märkte in Deutschland mit zunehmender Akzeptanz bei Patienten, Angehörigen und Beschäftigten. Seit Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat sich die Zahl der Dienste nahezu verdreifacht. Parallel dazu steigt auch die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Über ihre Arbeitsbedingungen und deren Veränderungen liegen jedoch – im Vergleich zur stationären Pflege – erst wenige empirisch gesicherte Erkenntnisse vor. Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege passt sich in diese Lücke ein und untersucht anhand einer erstmals bundesweiten Befragung von Pflegenden in ambulanten Diensten deren Arbeitsbedingungen.

Fragestellungen des DAK-BGW Gesundheitsreports

Der DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 – Ambulante Pflege befasst sich schwerpunktmäßig mit folgenden Fragestellungen:

- Wie stellen sich die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege aus Sicht der Beschäftigten dar?
- Wie stark hat sich die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege in den letzten drei Jahren verändert und wie werden diese Veränderungen von den Pflegenden bewertet?
- Wie unterscheidet sich die Arbeitssituation in der ambulanten Pflege von der in der stationären Krankenpflege?

Die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von knapp 1.600 bei der DAK versicherten Pflegekräften in der ambulanten Pflege bilden das Kernstück des im Herbst 2006 veröffentlichten Berichts. Ferner wurden Daten der DAK zur Arbeitsunfähigkeit und der BGW zu Arbeits- und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten ausgewertet.

Ergebnisse: Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege

Als Gesamttrend im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte in der häuslichen Pflege zeigt sich, dass die Arbeit als Pflegekraft in einem ambulanten Dienst hohe körperliche und psychische Belastungen birgt: Gut 46 Prozent der Befragten führen häufiger als sechs Mal am Tag Tätigkeiten mit dem Schwerpunkt „Heben und Tragen“ aus. Die häufigsten psychischen Belastungen sind Zeitdruck, fehlende Pausen und Leistungsdruck.

35 Prozent berichten von Personalabbau, 29 Prozent von Angebotserweiterungen. Jede/r Zehnte hat in den letzten drei Jahren Zusammenlegungen des eigenen mit einem anderen Pflegedienst erlebt und 8 Prozent einen Trägerwechsel. Für die Pflegenden machen sich diese Umstrukturierungen in einer Veränderung der Arbeitssituation bemerkbar. Als stärkste Veränderungen wurden die Zunahme des Arbeitstempos und des Anteils der Arbeitszeit, der auf Dokumentation und Verwaltungsaufgaben entfällt, genannt. Beide Entwicklungen erhalten deutliche negative Bewertungen.

Ein Vergleich der Befragungsergebnisse mit Ergebnissen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2005 – Stationäre Krankenpflege deckt nennenswerte Unterschiede auf: 67,7 Prozent der Befragten in der ambulanten Pflege empfinden Zeitdruck als Belastung, im stationären Bereich sind dies 82,5 Prozent. Auch bei Belastungen durch Leistungsdruck, zu hohe Verantwortung und Unterbrechungen bei der Arbeit liegt die stationäre Krankenpflege vorn. Belastungen wie Informationsmangel und fachliche Überforderung treten in der ambulanten Pflege hingegen häufiger auf.

Den Wandel in der ambulanten Pflege gestalten

Ein erfolgreiches Management des Wandels kann über mehr Partizipation der Pflegenden an Veränderungsprozessen und mehr Professionalisierung in der Pflege erreicht werden: Beispielsweise weisen Befragte, die in ambulanten Diensten über viele Partizipationsmöglichkeiten verfügen, in zentralen Belastungs- und Qualitätsmerkmalen der Tätigkeit bessere Werte auf. Die flachen Hierarchien in den oftmals kleineren Einrichtungen bieten zudem gute Voraussetzungen für ein mitarbeiterorientiertes Management.

Die Anforderungen an die ambulante Pflege fordern eine zunehmend stärkere Professionalisierung des Managements. Qualitätsmanagement und Überleitungsmanagement sind Ausdruck professionell geleisteter ambulanter Pflege. Vertiefende Analysen im Rahmen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 belegen, dass sich dieses Engagement zudem positiv im Sinne von entlastend auf die Arbeitssituation der Beschäftigten auswirkt.

Zahlreiche Präventionsangebote der BGW zielen darauf ab, ambulante Pflegedienste hierbei zu unterstützen.

Die wichtigste Ressource nutzen: Gesunde, engagierte Mitarbeiter

Sabine Gregersen,
BGW, Hamburg

Innerer Rückzug und geringe Bereitschaft zu Veränderungen: Wenn Mitarbeiter sich kaum noch einbringen und häufig ausfallen, ist das ein Alarmsignal. Gerade in der Altenpflege hängt vieles von engagierten, gesunden Mitarbeitern ab. Ohne sie lässt sich die Pflegequalität nicht sichern. Das Präventionsprogramm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung" (BGW gesu.per) der BGW bietet Unterstützung.

Immer mehr alte Menschen, immer weniger Beitragszahler – das bedeutet mehr Pflegebedarf mit weniger Geld und Personal. Wie kann da noch die Qualität in der Pflege gehalten oder gar verbessert werden? Ein zentraler Erfolgsfaktor, der in der bisherigen Diskussion viel zu wenig Berücksichtigung gefunden hat, sind die Pflegekräfte selbst. Gelingt es, ihr Engagement zu gewinnen und Belastungen zu reduzieren, können sich die Pflegeeinrichtungen damit ein großes Potenzial erschließen. Der Weg dorthin führt unter anderem über die Förderung der Kompetenzen von Mitarbeitern und Führungskräften.

Ausgebrannte Mitarbeiter kann sich eine Pflegeeinrichtung nicht leisten. Es gilt, ihre Handlungskompetenzen über sogenannte Schlüsselqualifikationen zu erweitern, damit sie belastende Arbeitssituationen besser bewältigen können, das heißt:

- mit Arbeitsaufgaben selbstständig, strukturiert und vorausschauend umgehen (methodische Kompetenz)
- mit Bewohnern und Angehörigen wie auch mit Kollegen konstruktiv kommunizieren (soziale Kompetenz)
- mit sich selbst, das bedeutet mit den beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie mit Körper und Psyche, reflektiert umgehen (personale Kompetenz)

Das BGW-Programm setzt bei diesen beruflichen Handlungskompetenzen der Beschäftigten an und besteht aus elf Bausteinen, die sich wie folgt charakterisieren lassen:

- Die Bausteine sind zielgruppenspezifisch ausgewählt und aufgebaut, das heißt, sie tragen den spezifischen Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen der Altenpflege Rechnung. Anstelle eines Angebots „von der Stange" erhalten die Mitarbeiter Unterstützung für typische Berufssituationen, wie zum Beispiel für den Umgang mit „schwierigen" Bewohnern und anderen Stresssituationen, die Gesprächsführung mit Angehörigen, die eigene Arbeitsorganisation, die Berufsplanung und vieles andere mehr.

- In herkömmlichen Bildungsangeboten kommt die Einübung des gewünschten Zielverhaltens – zum Beispiel der professionellen Gesprächsführung mit einem Angehörigen – in der Regel zu kurz: Studien gehen bei einer eintägigen Fortbildung von etwa 10 bis 15 Minuten aus. Für eine nachhaltige Verhaltensänderung ist dies aber viel zu wenig. Die Bausteine des

vorliegenden Programms sind daher als Verhaltenstrainings konzipiert, bei denen weniger die Wissensvermittlung im Vordergrund steht als die Einübung vielfach erprobter Verhaltensstrategien, zum Beispiel im Rollenspiel.

Was unterscheidet dieses Qualifizierungsprogramm von anderen Fortbildungsangeboten?
Herkömmliche Fortbildungsangebote zeigen auch deshalb einen begrenzten Nutzen für die berufliche Praxis, weil der Bildungsbedarf oft einseitig von Leitungskräften definiert wird. Darüber hinaus wird die Umsetzung des Gelernten am Arbeitsplatz häufig zu wenig thematisiert. Die Wirksamkeit von Bildungsangeboten kann durch den gezielten Einsatz einschlägiger Personalentwicklungsinstrumente erhöht werden. Zwar fällt der damit verbundene Aufwand etwas höher aus, doch rechnet sich dieser für den Betrieb in mehrfacher Hinsicht: Die Mitarbeiter werden stärker in Entscheidungsprozesse einbezogen, sie sind bei den Bildungsmaßnahmen aktiver, die Nachhaltigkeit der Maßnahmen steigt beträchtlich.

Aufgrund dieser Erkenntnisse hat sich die BGW dafür entschieden, statt Fortbildungen „mit der Gießkanne“ anzubieten, folgende Instrumente in das Qualifizierungsprogramm aufzunehmen:

- **Bedarfsermittlung:** Das Qualifizierungsprogramm wird nicht pauschal, sondern maßgeschneidert für den spezifischen Bildungsbedarf der Einrichtung angeboten: In einem Steuerkreis, an dem auch Mitarbeiter beteiligt sind, wird anhand eines für die Altenpflege entwickelten Anforderungsprofils analysiert, welche Kompetenzen Führungskräfte, Fachkräfte und Hilfskräfte brauchen und in welchem Ausmaß diese bereits vorhanden sind. So werden die Bildungsangebote passgenau für den Bedarf der Einrichtung ausgewählt und zugeschnitten.

- **Transfersicherung:** Ein häufiges Problem von Qualifizierungsmaßnahmen besteht darin, dass das Gelernte im Arbeitsalltag kaum zur Anwendung kommt. Um eine stärkere Praxisumsetzung (Transfer) zu erzeugen, werden die Mitarbeiter, die am Programm teilnehmen, von ihren Vorgesetzten begleitet: Was will beziehungsweise soll der Teilnehmer in der Bildungsmaßnahme lernen? Was bringt das für die Praxis? Wie kann er das im Arbeitsalltag konkret umsetzen? Von wem braucht er dazu noch Unterstützung? Diese Fragen werden vor und nach der Maßnahme in einem Mitarbeitergespräch besprochen. Dadurch wird eine größere Nachhaltigkeit des Gelernten über die Maßnahme hinaus erreicht.

Welchen Nutzen haben die Mitarbeiter, die Einrichtung und die Qualität der Arbeit?
Um die Wirksamkeit des Qualifizierungsprogramms für die Mitarbeiter und die Einrichtung zu überprüfen, hat die BGW mehrere Evaluationsstudien durchgeführt. Diese konnten den vielseitigen Nutzen des Programms wiederholt bestätigen.

Nutzen für die Mitarbeiter:

- Die Teilnehmer können ihre beruflichen Handlungskompetenzen vor allem dort ausbauen, wo sie zur Arbeitszufriedenheit und Gesundheit beitragen. Unter anderem werden das Selbstwertgefühl sowie das eigenverantwortliche und gesundheitsbewusste Verhalten der Teilnehmer deutlich gesteigert.
- Die psychischen Belastungen der Mitarbeiter lassen sich durch das Programm nachhaltig, das heißt auch über den Zeitraum der Maßnahme hinaus, signifikant reduzieren.
- Das Arbeitsklima mit den Bewohnern kann nachhaltig verbessert werden, was positiv auf die Arbeitsmotivation, -zufriedenheit und -qualität zurückwirkt.

Nutzen für die Einrichtung und die Qualität der Arbeit:

- Die Mitarbeiter erleben persönliche Wertschätzung durch die Möglichkeit, an dem Programm teilzunehmen und auf die Auswahl der Angebote Einfluss zu nehmen. Dies trägt entscheidend zur Arbeitszufriedenheit und Identifikation mit der Einrichtung bei und wirkt sich auch positiv auf die Gesundheit der Mitarbeiter aus.
- Die Mitarbeiter zeigen mehr Eigeninitiative und übernehmen mehr Verantwortung. Sie gehen mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner und Angehörigen ein. Schwierige Situationen werden effizienter gelöst.
- Die Arbeitsatmosphäre in den Teams verbessert sich dadurch, dass die Mitarbeiter mehr aufeinander zugehen, miteinander reden und nachfragen. Das Verständnis der Bereiche untereinander verbessert sich, der Umgang miteinander ist selbstbewusster, offener und partnerschaftlicher. Offene und latente Konflikte, die die Ablaufsicherheit von Arbeitsprozessen und die Zusammenarbeit an den Schnittstellen beeinträchtigen, werden konstruktiv bearbeitet.
- Durch eine bessere Arbeitsorganisation und mehr Absprachen wird die tägliche Arbeit erleichtert. Die Disziplin bei der Umsetzung von Standards, Regelungen und Arbeitsabsprachen wird spürbar erhöht.
- Zeiteinsparung durch Zeitmanagement und Selbstmanagement schafft mehr Zeit für den Bewohner. Ein großer Teil der Mitarbeiter kommt dadurch freudiger und motivierter zur Arbeit.
- Darüber hinaus sind die Ergebnisse der Bedarfsermittlung für die betriebliche Fortbildungsplanung nutzbar.

Insgesamt wird das BGW-Programm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung" von den teilnehmenden Einrichtungen als ein praxisorientiertes und hervorragend geeignetes Qualifikationsprogramm betrachtet. Es erfüllt einen wesentlichen Beitrag zur persönlichen Gesundheitsförderung, das heißt zur Stärkung der Ressource „Mitarbeiter" und zu einer „gesunden" Organisation.

Literatur

Gregersen S et al.: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung. Dokumentation. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2006

Betriebliche Gesundheitsförderung: Wie aktiviert man die Mitarbeiter zum Mitmachen?

Dr. Thomas Behr,
Sozialzentrum Hadamar, Hadamar

Die gesundheitlichen Belastungen für Pflegekräfte in der Alten- und Krankenpflege sind unbestritten groß und umfassend. Die dauerhaften Belastungen im körperlichen, psychischen, sozialen und fachlichen Bereich gefährden, sofern keine angemessene Bearbeitung und Kompensation stattfindet, die Gesundheit der Pflegekräfte signifikant. Die Daten der BGW zur gesundheitlichen Situation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Altenpflege weisen eine deutliche Gefährdung im Bereich des Rückens sowie im psychosomatischen Formenkreis nach. Die Belastungssituation, ihre Ursachen und entsprechende Bewältigungsstrategien in der Pflegepraxis sind ausführlich beschrieben (1). Auch dass bei der vorliegenden Gesundheitsgefährdung von Pflegekräften entsprechende dauerhafte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dringend notwendig sind, ist ausreichend beschrieben (2) und mittlerweile in der Fachwelt einhelliger Konsens (vgl. Kampagne „Aufbruch Pflege" der BGW).

Festgestellt werden muss jedoch auch, dass die Umsetzung in den Betrieben der Alten- und Krankenpflege durch die Arbeitgeber eher defizitär ist und keine nennenswerte Rolle spielt, dass es keine umfassende und effektive betriebliche Gesundheitsförderung zu geben scheint, mithin entsprechende positive Effekte auf die Gesundheit der Pflegenden ausbleiben. Es scheint den Arbeitgebern weitestgehend an einer Sensibilität für das Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung, ihren Möglichkeiten und Chancen zu fehlen. Dies hat zur Folge, dass die Möglichkeiten, die betrieblichen Verhältnisse in Richtung Gesundheit zu gestalten, nicht oder nur unzureichend ausgeschöpft werden. Die Praxis zeigt aber auch, dass dort, wo Angebote und Programme zur Gesundheitsförderung angeboten und durchgeführt werden, die Pflegekräfte nicht eben offen sind für eine Änderung ihres Verhaltens.

Kernthese:
Die angestrebten positiven Effekte der Gesundheitsförderung scheitern nicht nur an der mangelnden Bereitschaft der Arbeitgeber, sie scheitern auch gerade an der mangelnden Bereitschaft der Pflegenden, ihre Selbstpflegekompetenz zu entwickeln.

Ein Beispiel:
In einem großen Pflegebetrieb in Südhessen mit etwa 100 Mitarbeitern wurden seit 1997 in einem geplanten Prozess umfangreiche und vielfältige Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung angebahnt und durchgeführt (3). Zwar kann bei einem durchschnittlichen Krankenstand von drei Prozent bis 2006 und einer förderlichen und harmonischen Betriebsatmosphäre auf eine gewisse Wirkung der Maßnahmen geschlossen werden, auch ist für viele Mitarbeiter regelmäßige sportliche Betätigung zur Gewohnheit geworden, doch machen folgende Erfahrungen aus dem Jahr 2006 nachdenklich:

- Im Rahmen einer Gesundheitswoche wurde an zwei Tagen während der Arbeitszeit ein Seminar zur Stressbewältigung angeboten. An beiden

Tagen wurde die Veranstaltung von jeweils 30 Mitarbeiterinnen besucht, die Rückmeldungen waren zwischen begeistert und gut. Aufgrund der positiven Resonanz und der hohen Belastungen durch die Pflege von demenzkranken Bewohnern sollte das Seminar über den Zeitraum von einem Jahr monatlich ein Mal außerhalb der Arbeitszeit, aber kostenfrei angeboten werden. Zunächst wurde die Veranstaltung von neun, dann von vier und beim dritten Mal nur noch von zwei Mitarbeiterinnen besucht. Trotz der Kostenfreiheit der Teilnahme wurde von den Mitarbeitern beanstandet, außerhalb der Arbeitszeit hätten sie keine Zeit.

- 2006 wurde ein Jahresprojekt gestartet, das – nach einem klaren Bewertungssystem – ein regelmäßiges Engagement für die eigene Gesundheit (Herz-Kreislauf, Ernährung, Rücken, Stress) sehr aufwändig belohnen sollte. Der erste Preis war eine einwöchige Ferienreise nach Mallorca. Zehn Mitarbeiterinnen nahmen an dem Projekt teil, wobei keine der Teilnehmerinnen die erforderliche Punktzahl erreichte, um in die Bewertung zu kommen.

Die beschriebenen Erfahrungen führen zu der These, dass selbst sehr attraktive Anregungsbedingungen für ein Gesundheitsengagement nur bei sehr wenigen Mitarbeitern dauerhaft greifen. Die Mehrzahl klagt zwar über eine hohe Arbeitsbelastung und fordert Hilfen und Erleichterungen, nimmt aber entsprechende Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung entweder gar nicht oder nur sporadisch wahr, obgleich die Notwendigkeit eingesehen wird: „Eigentlich sollte man …" Der am häufigsten genannte Ausschlussgrund für ein Gesundheitsengagement ist die mangelnde Zeit. In der Freizeit gibt es bei der häufig vorliegenden Doppelbelastung durch die Arbeit sowie Familie und Haushalt kaum Zeitressourcen für eine aktive eigene Gesundheitsförderung.

Fazit

Nur die Arbeitgeber können offenbar ein größeres und regelmäßiges Engagement der Beschäftigten für die eigene Gesundheit fördern und aktivieren. Sie sollten dies auch in entsprechenden Leitbildorientierungen beschreiben[4]:

- Veranstaltungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden im Rahmen der Fortbildungsplanung während der Arbeitszeit statt.
- Besondere Aktivitäten der Mitarbeiter für die eigene Gesundheit werden als Leistungsentgeltanteil mit dem Gehalt ausgezahlt. Hierzu wäre eine eindeutige Bewertungssystematik in Absprache mit den Betriebsräten und mit der Gewerkschaft notwendig.

Literatur

[1] *Behr T: Stress erkannt — mir geht's gut. Vincentz, 2004*

[2] *Behr T: Gesundheit richtig managen. Economica, 2005*

[3] *Behr T: Gesundheitsförderung als Mittel der Personalentwicklung. In: Management Handbuch Pflege. Economica, 2004 ff.*

[4] *Behr T: Betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmensziel. Zur Bedeutung einer leitbildorientierten Sozialkampagne. In: Berger G, Kämmer K, Zimber A (Hrsg.): Erfolgsfaktor Gesundheit. Vincentz, 2006*

Gesundheit ist Chefsache: Gesundheitsfördernd führen

Plenum B

Angelika Gaßmann,
Evangelische Heimstiftung Stuttgart e.V., Stuttgart

Gesundheit und Gesundheitsförderung sind „in". Ein Unternehmen, das etwas auf sich hält, zeigt dies auch damit, dass Aktionen rund um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter wie bunte Farbkleckse den oft so grauen Unternehmensalltag aufhellen. Gesundes Essen in der Kantine oder bei den Pausenverpflegungen, Lauftreffs, Aromatherapien und Massagen für Mitarbeiter haben heute in vielen Einrichtungen Einzug gehalten. Das ist schön und als erster Schritt hin zu einem „gesunden Unternehmen" wertzuschätzen.

Die Frage, ob sich damit an den Belastungen der Mitarbeitenden, am Krankenstand oder bei der Zufriedenheit etwas nachhaltig verändert hat, muss jedoch kritisch gestellt werden. Aussagen wie „Das ist schön, aber …" und die darauf folgenden Beschreibungen vielfältiger Probleme von der Situation im Team über die Arbeitsdichte, eine schlechte Stimmung bis hin zur mangelnden Wertschätzung zeigen eindeutig: Hier klaffen Wunsch und Wirklichkeit der Gesundheitsförderung auseinander.

Das Projekt der BGW „Gesundheitsfördernd führen" setzt am Nerv der Gesundheitsförderung an: Gesundheit ist Chefsache. Damit ist nicht nur gemeint, dass der Vorgesetzte sich an die Spitze des Lauftreffs stellt oder zweimal im Jahr den Arbeitskreis Arbeitssicherheit moderiert. Das ist wichtig – reicht aber noch lange nicht. Die zweite Lesart, nämlich dass ich als Chef durch mein Führungsverhalten die Gesundheit, die Motivation und damit die Leistungsbereitschaft beeinflusse, ist da schon von anderer Qualität.

Das Robert-Breuning-Stift Besigheim nahm jedenfalls die Chance wahr und beteiligte sich am Projekt der BGW. Dabei liegen Chance und Herausforderung oft nahe beieinander. Zu Projektbeginn lautete das Motto eher: Krankheit ist Chefsache — der Heimleiter war mit schweren Rückenproblemen lange krankgeschrieben und gerade zur Kur, aber (oder vielleicht gerade deswegen) überzeugt von der Sinnhaftigkeit des Projekts.

Der entscheidende Schritt zu einer neuen Qualität in der Gesundheitsförderung wird im BGW-Projekt mit der Befragung der Mitarbeiter eingeleitet. Alle Mitarbeiter geben ihren jeweiligen Vorgesetzten anhand eines eigens dazu vom Projekt vorgegebenen Fragebogens Feedback, wie gesundheitsfördernd sie dessen Verhalten einschätzen. Dieses Feedback der Mitarbeiter wird jedem Vorgesetzten einzeln durch die externen Berater vorgestellt. Im Sinne eines Coachings wird reflektiert, welche Ansatzpunkte es für die Führungskraft gibt, das eigene Führungsverhalten zu verändern. Parallel dazu werden die Gesamtergebnisse der Befragung im Leitungsteam beraten. Hier werden Stärken und Schwächen auf Organisationsebene herausgearbeitet und gemeinsam Maßnahmen verabredet, wie sich die Organisation zu einem gesunden Unternehmen weiterentwickeln kann. Die Mischung aus Veränderungsprozess auf individueller wie auf organisatorischer Ebene schafft eine besondere Dynamik.

Am Beispiel des Robert-Breuning-Stifts lassen sich folgende Führungsaufgaben im Sinne der Gesundheitsförderung herausstellen:

- Vorgesetzte müssen reflektieren, welche Bedingungen sie selbst belasten, welche sie selbst beeinflussen können und welche entweder durch den Vorgesetzten oder innerhalb der Organisation auf den unterschiedlichen Ebenen zu bearbeiten sind.

- Vorgesetzte müssen ein positives Klima für die angezeigten Veränderungen schaffen, indem sie ihre Mitarbeiter ermutigen, Probleme und Verbesserungswünsche auszusprechen. Sie sind verantwortlich dafür, den entsprechenden Rahmen und die Verbindlichkeit für die Bearbeitung dieser Themen zu schaffen.

- Sie müssen aktiv mit den eigenen Schwächen im Führungs- und Gesundheitsverhalten umgehen, an sich arbeiten und in diesem Sinne durch ihr eigenes Vorbild die Gesundheitsförderung zur Chefsache machen.

Deutlich wird: Wer sich auf das Projekt „Gesundheitsfördernd führen" einlässt, beginnt damit gleichermaßen Organisationsentwicklung und Personalentwicklung mit dem Schwerpunkt auf Führungskultur und -kompetenz. Dass sich das lohnt, lässt sich am Robert-Breuning-Stift an einem Beispiel eindrucksvoll ablesen: Der Heimleiter hat seit vielen Monaten keine Rückenschmerzen mehr! Befragt danach, was dafür ausschlaggebend gewesen sein könnte, war die Antwort: „Ich habe Macht abgegeben. Ich sehe jetzt, dass mein Pflegedienstleiter seinen Job gut macht. Ich musste loslassen lernen. Das hat nicht nur meiner Gesundheit gutgetan; ich nehme Führung bewusster wahr und habe meine Position festigen können."

Im Leitungsteam wird intensiv an folgenden Themen gearbeitet:
- Wie können wir durch bessere Organisation Entlastung schaffen?
- Wie können wir Reibungsverluste minimieren, indem wir die Aufgaben und Zuständigkeiten klären?
- Wie können wir als Führungskräfte besser begleitet werden?

Gesundheit ist Chefsache — ein spannendes und lohnendes Unternehmen!

Krank durch Konflikte oder gesund durch kompetente Führung?

Plenum B

Dr. Maren Kentgens,
metapunkt, Hamburg

Konflikte in ambulanten und stationären Altenpflegeeinrichtungen zehren nicht nur an den Kräften aller Beteiligten, sondern sind auch sehr kostenintensiv. Doch es geht anders: Wer Konflikte konstruktiv löst, setzt Ressourcen frei. Eine zentrale Rolle beim Umgang mit Konflikten spielen die Führungskräfte.

Typische Konflikte – und ein Mobbing-Exkurs

Unterschieden werden

- Sach- und
- Beziehungskonflikte.

Die ersten sind über der Wasseroberfläche des legendären Eisbergs angesiedelt, die zweiten liegen darunter und nehmen damit acht Neuntel der „Gesamtfläche" ein. Typisch sind jedoch nicht nur die Arten von Konflikten, sondern auch deren Verläufe: Konflikte verlaufen in Teufelskreisen mit sich immer enger drehenden Spiralen und neun Eskalationsstufen hinunter bis in den „Keller".

Welchen typischen Verlauf nimmt ein solcher Teufelskreis? Auf eine Äußerung oder ein Verhalten einer Konfliktpartei folgt eine innere Reaktion des Gegenübers. Diese hat eine Äußerung oder ein Verhalten zur Folge – zumeist ohne dass Emotionen und Bedürfnisse ausgesprochen werden. Das führt dann beim anderen wiederum zu einer inneren Reaktion, die ein neues Verhalten nach sich zieht. Und so dreht sich eine Spirale und der Konflikt verschärft sich.

Wie verläuft das Ganze in neun Stufen? Eine erste Verhärtung ist meist noch nicht einmal als Konflikt erkennbar; nach der Debatte werden dann Tatsachen geschaffen und Koalitionen gebildet. Es wird demaskiert, bedroht und begrenzt „verletzt" bis hin zu Zerstörung und letztlich einem „Mit-zugrunde-Gehen". Die einzelnen Stufen zu kennen, dient zunächst der Analyse – und diese ist die Grundlage für die nötigen Interventionen.

Sobald nicht nur zwei Menschen an Konflikten beteiligt sind – und in der Arbeitswelt ist dies meist der Fall –, sind zusätzlich folgende Gruppenphänomene im Konfliktumfeld festzustellen:

- Vermeidung
- Eliminierung
- Unterdrückung
- Zustimmung
- Allianz
- Kompromiss
- Integration

Diese Phänomene erschweren zuallermeist einfache oder gar schnelle Lösungen. Allianzen sind zum Beispiel in Mobbingsituationen sehr verbreitet. Das Beispiel Mobbing verdeutlicht außerdem sehr anschaulich den Konfliktverlauf

entlang den oben genannten Eskalationsstufen. Was genau ist Mobbing? Wer ist betroffen? Welche Ursachen gibt es und welche Auswirkungen folgen?

Im großen Mobbingbericht der Bundesregierung aus dem Jahre 2002 ist die Rede davon, dass Führungskräfte in mindestens 50 Prozent der Mobbingfälle involviert sind. Mobbing kann zum Beispiel eine Strategie sein, einen ungeliebten oder nicht tragfähigen Mitarbeiter loszuwerden. Wie sieht es hierbei mit der kurz-, vor allem aber der langfristigen Kosten-Nutzen-Betrachtung aus?

Konflikte kosten

Für Betroffene sind Konflikte unangenehm, mitunter sogar schmerzhaft; aus Führungs- und Unternehmenssicht kosten sie bares Geld. Wie lässt sich dies rechnen beziehungsweise was muss ich als Führungskraft hier mit in die Waagschale werfen? An dieser Stelle vorgebrachte Aspekte sind zugleich Argumente auf Mitarbeiter- oder Betriebsratsseite, in die Konfliktklärung Zeit und Geld zu investieren. So erhebt das Gallup-Institut regelmäßig den sogenannten Engagement-Index. Dieser ist neben den im Unternehmen meist verfügbaren Krankenstands- und Fluktuationszahlen ein wichtiges Indiz für unterschwellige Konflikte. Und der erste Schritt ist ja bekanntlich das Wissen um einen Konflikt – oder zumindest der Verdachtsmoment eines solchen.

Konstruktive Konfliktlösungen

Durch die Brille einer Konfliktmoderatorin gesehen, die zahlreiche und vielfältige Konflikte jeglicher Art und Verlaufsform in Krankenhäusern, stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen nahezu täglich erlebt, werden in diesem Beitrag zum bgwforum 2007 verschiedene Beispiele erläutert. Und selbstverständlich geht es spätestens hierbei um Lösungen: Wie können konstruktive Konfliktlösungen erreicht werden? Wie können Teufelskreise durchbrochen und Eskalationsstufen gestoppt werden?

Eine Betrachtung, die Konflikte als Chance begreift, ist dabei eine wesentliche Grundvoraussetzung – im Chinesischen (Buddhistischen) gibt es einen gemeinsamen Anteil am Schriftzeichen für „Krise" und an dem für „Chance" (ji). Hilfreich ist auch der Ansatz, am Ende mindestens zwei Gewinner zu haben – statt eines Gewinners und eines Verlierers also die sogenannte Win-Win-Orientierung.

Beim konkreten Handeln gibt es fünf Lösungswege:

- Flucht
- Durchsetzen
- Nachgeben
- Kompromiss
- Konsens

Jeder dieser Wege hat seine Berechtigung, aber auch Vor- und Nachteile, die situationsspezifisch betrachtet werden müssen. Wege hin zu den attraktiven Kompromiss- und noch besser Konsenslösungen werden im Vortrag aufgezeigt.

Spezielle Rolle von Führung
Was müssen Führungskräfte wissen, machen, unterlassen, um Konflikte im Arbeitskontext zu Chancen werden zu lassen? Welche Phasen durchläuft eine Konfliktklärung bei den Betroffenen? Nach der anfänglichen Skepsis über die folgende Euphorie der Hoffnung, gefolgt vom Tal der Tränen bis hin zum geglückten Erfolg am Ende? Welche Rolle nehme ich dabei als Führungskraft am besten ein? Und was ändert sich, wenn ich selbst konfliktbeteiligt bin?

Der Vortrag vermittelt Anregungen und Praxistipps für Führungskräfte, wie sie im Arbeitsalltag mit Unstimmigkeiten und Meinungsverschiedenheiten, mit Mobbing und Konflikten im Team umgehen können.

Kraftquelle Wertschätzung

Dr. Anne Katrin Matyssek,
do care!, Düsseldorf

Die Arbeitszufriedenheit in der Altenpflege schwankt erheblich von Einrichtung zu Einrichtung – auch in Abhängigkeit von der Wertschätzung, die die Altenpflegekräfte erfahren. Dass ein wertschätzender Führungsstil tatsächlich positive Auswirkungen auf die Gesundheit hat, beweisen die Alten- und Pflegeheime St. Josef im Kreis Heinsberg. Hier gelingt es dem Management, Wertschätzung zu kommunizieren, das Selbstwertgefühl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken und Mitarbeiterzufriedenheit in höchstem Maße zu erreichen. St. Josef behauptete sich neben SAP, e·on und anderen Unternehmen im „Great Place to Work"-Wettbewerb und darf sich mit seinen 240 Mitarbeitern zu Deutschlands besten Arbeitgebern zählen. Der Vortrag auf dem bgwforum 2007 stellt Prinzipien für eine wertschätzende Mitarbeiterführung vor und gibt praxisnahe, leicht umsetzbare Tipps.

Einführung

Im BGW-Bericht „Aufbruch Pflege – Moderne Prävention für Altenpflegekräfte" heißt es: Die Branche gilt als unattraktiv, das Image ist negativ, Anerkennung fehlt häufig und Nachwuchskräfte bleiben rar, was die Beschäftigten zusätzlich belastet und sich in einem weit überdurchschnittlichen Anteil an psychischen Erkrankungen mit entsprechend vielen Ausfalltagen niederschlägt. Als Ursachen gelten Zeitdruck und geringe Arbeitszufriedenheit, die für die Tätigkeit von großer Bedeutung ist: Altenpflege ist eine Dienstleistung und in ihrer Qualität damit stark abhängig von der emotionalen Gestimmtheit der Ausführenden. Die Arbeitszufriedenheit, die durchschnittlich bei 50 Prozent liegt, schwankt bei gleicher Arbeit stark von Einrichtung zu Einrichtung. Der Grund: Führungskräften in Altenpflegeeinrichtungen gelingt es unterschiedlich gut, „Anerkennung und Wertschätzung zu kommunizieren" (BGW: Aufbruch Pflege, 2006: 18).

Gesundheitsfaktor Wertschätzung

An den Belastungen der Altenpflegekräfte anzusetzen ist oft schwieriger, als die Ressourcen zu stärken. Wertschätzung, als die psychosoziale Ressource in der Hand aller Führungskräfte in der Altenpflege, ist kostenlos, muss aber ebenfalls „gepflegt" werden und kostet daher Zeit. Aber die Investition lohnt sich, denn Wertschätzung reduziert das Risiko für psychische Erkrankungen, zum Beispiel für Depression (Hawkins et al., 1999). Sie ist ein wirksames Mittel zur Burn-out-Prophylaxe. Sie reduziert Stressempfinden, setzt Dopamin und das Vertrauenshormon Oxytozin frei, entspannt, reduziert Konflikte und fördert das Selbstwertgefühl.

Wertschätzungskultur im Pflegebetrieb – ein Beispiel

Ein Positiv-Beispiel für eine Einrichtung, in der das Management einen wertschätzenden Führungsstil pflegt, sind die Alten- und Pflegeheime St. Josef, die im „Great Place to Work"-Wettbewerb 2006 zu Deutschlands besten Arbeitgebern zählten (Platz 1 im Bereich Pflege und Soziales). Die 240 Mitarbeiter (15 Auszubildende) sind offensichtlich sehr zufrieden. Der Krankenstand liegt mit 2,1 Prozent weit unter dem Branchendurchschnitt, die Fluktuation ist sehr

niedrig. Der Grund liegt im wertschätzenden Führungsstil des Managements, der sich unter anderem in folgenden Punkten äußert (in Klammern stehen Zitate und Beispiele des Geschäftsführers Marcel Ballas):

- im Eingangsbereich: Fotos von allen Beschäftigten
- Management mittendrin, mit offener Tür
- ein Masseur an drei Tagen nur für die Mitarbeiter (während der Arbeitszeit: „Unser Chef investiert in uns.“)
- Spiegel im Treppenhaus mit der Aufschrift: „Heute schon einen Profi gesehen?“ (gegen das negative Image à la: Wenn du gar nichts mehr kannst, gehst du Popos putzen …)
- aktives Einbeziehen aller Arbeitsbereiche („Gestern war ich Putzfrau, heute war ich mit dem Chef auf ’ner Messe und hab’ für 150.000 Euro Materialien ausgesucht.“) und eigenes Budgetsystem; alle werden sofort informiert (Information motiviert.)
- Angebote: Yoga, rauchfrei, Jazzdance, Mitarbeiter-Sonnenbank (2 Euro für 30 Minuten)
- Hauszeitschrift „Augenblick“ (4-farbig) stärkt das Zusammengehörigkeitsgefühl
- Feierlichkeiten („Wir lachen und feiern gern, zum Beispiel bei ‚St. Josef sucht den Superstar‘.“)
- gerontopsychiatrische Fortbildung kostenlos (aber 50 Minusstunden)

Prinzipien wertschätzender Mitarbeiterführung

Wertschätzende Führung ist mehr als Lob. Sie setzt voraus, dass sich der Vorgesetzte für sein Gegenüber interessiert. Fehlertoleranz („Wer einen Fehler ehrlich zugibt, den entlass ich nicht.“) und Verantwortungsübertragung („Jeder Mensch hat Stärken – treib die voran!“) sowie Fortbildungen („Investiere in die Mitarbeiter – dann haben die auch Verständnis für wirtschaftliche Entscheidungen.“) sorgen dafür, dass das Interesse mit Leben gefüllt wird. Tugenden wie Höflichkeit (echtes „Danke“), Freundlichkeit, Verlässlichkeit (Pünktlichkeit, Versprechen einhalten), Sichtbar-Sein (persönliche Begrüßung, Gratulation) und Respekt für alle Tätigkeiten („Die Raumpflegerinnen sind meine Schätzchen.“) werden dann glaubwürdig, wenn die Basis stimmt: ein wertschätzender Umgang mit sich selbst („Ich muss ja auch glücklich sein.“).

Wie Führungskräfte fit bleiben

Johanna Knüppel,
Referentin des DBfK
Bundesverbands e.V.,
Berlin

Pflegerische Leitungen haben sich im Alltag vielen Herausforderungen zu stellen. Die Erwartungen vonseiten der Geschäftsführung, aber auch der Mitarbeiter und Patienten steigen stetig, gleichzeitig sind den Handlungsspielräumen enge Grenzen gesetzt. Was unternehmen Führungskräfte, um trotz großer beruflicher Belastungen fachlich, körperlich und seelisch fit zu bleiben? Eine Arbeitsgruppe des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) befragte Pflegeleitungen nach ihren persönlichen Fitness-Strategien, aber auch ihren Wünschen in Bezug auf Unterstützungsangebote zum Erhalt ihrer psychischen und physischen Ressourcen.

Einführung

Seit einigen Jahren sind – unter anderem angestoßen durch den INQA-Initiativkreis „Gesund Pflegen" – auch in Deutschland vermehrt Aktivitäten der Gesundheitsförderung für Pflegekräfte zu beobachten. Steigende Ausfallzahlen durch berufsbedingte Erkrankungen und vor allem die überproportional hohe Zahl psychischer Krankheiten im Pflegeberuf haben deutlichen Handlungsbedarf gezeigt. Führungskräfte werden gezielt dahingehend geschult und angewiesen, Gesundheitsförderung für ihre Teams zu betreiben und Präventivmaßnahmen einzuleiten.

Wer allerdings nach speziellen Angeboten für die Gesundheit von Führungskräften sucht, wird selten fündig. Sind Pflegemanager überwiegend gesund, sind sie nicht gefährdet oder gibt es einfach niemanden, der sich dieses Themas annimmt? Auf der Suche nach Daten fand sich im Vorfeld der hier vorgestellten Befragung lediglich eine Diplomarbeit, für die fünf Pflegeleitungen interviewt worden waren. Daher entschloss sich die Zentrale Arbeitsgruppe Stations- und Wohnbereichsleitungen (ZAG SL/WBL) des DBfK, im Frühjahr 2006 eine große Gruppe von Leitungskräften im Pflegeberuf anzuschreiben und um ihre ganz persönliche Einschätzung zu bitten. Auf eine repräsentative Streuung wurde dabei angesichts der zur Verfügung stehenden Ressourcen verzichtet, die Ergebnisse sind daher auch keineswegs als repräsentativ zu werten, geben aber dennoch einen guten Einblick in die Situation von Leitungen unterschiedlicher Hierarchieebenen.

Was wurde erfragt?

Zugunsten einer möglichst hohen Rücklaufquote wurde der Fragebogen auf zwei Seiten beschränkt und nur wenig Freitext gefordert. Der Titel lautete: „Fit bleiben in der Führung — Ideen, Impulse, Instrumente — Fragebogen zu (Über-) Lebensstrategien von Führungskräften im Pflegeberuf." Die zentrale Frage war: Welche Strategien nutzen Sie persönlich zum Erhalt und/oder zur Wiederherstellung Ihrer psychischen oder physischen Ressourcen?

Die Antwortoptionen waren in drei Kategorien gegliedert:

a) fachlich (zum Beispiel Fort- und Weiterbildung, Fachliteratur, Internet)
b) persönlichkeitsbezogen (zum Beispiel Feedback durch Mitarbeiter-/ Vorgesetztengespräche, professionelle Unterstützung
c) Sonstiges (zum Beispiel Selbstpflegestrategien, soziales Netz)

Die Antworten konnten mit Angaben zur Häufigkeit der Nutzung dieser Möglichkeiten angekreuzt werden.

Gefragt wurde auch, wie häufig bei persönlicher Überlastung eine „Krankschreibung" genutzt wurde und welche Unterstützungsangebote gewünscht beziehungsweise gebraucht werden. Um die Antworten interpretieren und Zusammenhänge herstellen zu können, wurden weitere Angaben erfragt:
- zum Arbeitsplatz
- zur Funktion
- zur Anzahl der unterstellten Mitarbeiter
- zu den Berufsjahren in Leitungsfunktion
- zur Mitgliedschaft in einem Berufsverband/einer Gewerkschaft

Von besonderem Interesse waren aber auch Angaben aus dem persönlichen Bereich:
- Alter und Geschlecht
- zu versorgende Kinder und/oder pflegebedürftige Angehörige
- alleinerziehend
- Alleinverdiener/Alleinverdienerin
- vorliegende berufsbedingte gesundheitliche Einschränkungen

Der Fragebogen endete mit einer Einschätzung des aktuellen subjektiv empfundenen Grades der Belastung.

Ergebnisse

Von den ausgegebenen 205 Fragebögen wurden 117 beantwortet und konnten in die Datenanalyse einbezogen werden; das entspricht einer Rücklaufquote von zirka 57 Prozent. Es fiel auf, dass in den Antworten sehr persönliche Kommentare abgegeben wurden und gleichzeitig die angebotene Anonymisierung offenbar keine große Rolle spielte. Die Pflegeleitungen nutzten offensichtlich sehr gern und sehr offen die Gelegenheit, über eigenes Befinden und Probleme Auskunft zu geben und zu artikulieren, wo Unterstützungsbedarf gesehen und eingefordert wird.

Neben der „Hitliste" der genutzten Strategien wurde im Rahmen der Auswertung nach Zusammenhängen gesucht, beispielsweise:
- Welche Rolle spielen die unterschiedlichen Strategien für die verschiedenen Altersstufen, Geschlechter oder Funktionen?
- Welche Zusammenhänge sind erkennbar zwischen Art/Größe/Träger der Einrichtung und benannten Strategien?
- Steuern erfahrene Führungskräfte aktiver den Erhalt ihrer Ressourcen?
- Wie stark belastet fühlen sich Führungskräfte bezogen auf Träger und Größe der Einrichtung, aber auch im Hinblick auf ihren Einsatzbereich beziehungsweise ihre Funktion?
- Welche Rolle spielen familiäre Anforderungen in Bezug auf den Belastungsgrad?

Im Vortrag auf dem bgwforum 2007 werden exemplarisch einige der interessantesten Ergebnisse präsentiert und Impulse zur Gesundheitsförderung von Pflegeführungskräften gegeben.

Hände sprechen Bände: Was sie leisten und was sie brauchen

Plenum C

Regina Först,
Inhaberin
Regina Först-Training,
Bordesholm

Wer beruflich und persönlich erfolgreich sein will, braucht außer Fachwissen auch die Fähigkeit, seine Ideen überzeugend auszudrücken, Menschen zu führen, zu begeistern, für sich zu gewinnen und auf sich selbst liebevoll zu achten. Dieser Beitrag zum bgwforum 2007 zeigt, wie es gelingt, eigene Leistungen sichtbar zu machen, die persönliche Ausstrahlung authentisch darzustellen und Menschen zu überzeugen.

Gerade in einer kurzlebigen Zeit wie der heutigen rückt die persönliche Begegnung von Mensch zu Mensch immer stärker in den Vordergrund. Was auch immer wir tun, wir werden schon lange nicht mehr nur daran gemessen, was wir können, sondern wie wir unser Können vermitteln. Wir kommunizieren immer. Auch wenn wir stumm bleiben, setzen wir Zeichen. Wir werden zu 90 Prozent über unsere nonverbalen Signale wahrgenommen: über Mimik, Gestik, Körperhaltung, Aussehen und Auftreten. Dieser erste Eindruck verdichtet sich sekundenschnell zu einem Gesamteindruck – einem guten oder schlechten „Vor-Urteil". Eine positive Wirkung nach außen entscheidet mehr als alles andere über Erfolg oder Misserfolg in unserem beruflichen und privaten Leben.

Die Zeichen der Körpersprache zu erkennen, sie richtig auszulegen und selbst anzuwenden, erleichtert jede Art von Kommunikation. Denn wer die Signale versteht, sich nicht nur auf Worte verlässt, kann sein Gegenüber auch auf tieferer Ebene „ganz" gut verstehen.

Alle Hände voll zu tun

Nach den Augen sind die Hände das wichtigste Instrument der Körpersprache, denn sie spielen für die engen Wechselbeziehungen zwischen Gehirn und Hand (Denken und Handeln) eine große Rolle. Die Hände sind unsere handelnden Organe, mit denen wir zugreifen und anpacken, sie stehen stellvertretend für die Handlungen in unserem Leben. Selbst den einzelnen Fingern werden bestimmte Bedeutungen zugeschrieben.

Wir alle bewegen unsere Hände beim Sprechen, ob wir wollen oder nicht. Von Anbeginn an erforschen wir damit unsere Umgebung, um die Welt zu „begreifen". Mit den Händen drücken wir unsere Ziele, Absichten, unsere innere Wetterlage aus. Hände geben und nehmen, wobei die rechte Hand die „Gedankenhand" und die linke die „Gefühlshand" repräsentiert: Denn die rechte Körperhälfte steht für das „männliche" Prinzip (Denken, Logik, Vernunft), die linke Körperhälfte für das „weibliche" Prinzip (Intuition, Gefühle, Kreativität). Es ist also ein Unterschied, ob jemand mit der Rechten oder mit der Linken seine Worte unterstreicht.

Unsere Hände sind Multi-Genies: Mit ihnen können wir zum Beispiel winzige Teile herstellen, Musikstücke spielen, uns die Haare kämmen, eine Tastatur bedienen, zärtlich liebkosen, streicheln, heilen – diese Aufzählung könnte stundenlang weitergehen.

Natürlich sprechen unsere Hände auch und können unseren Worten Nachdruck verleihen. Und falls diese Worte nicht hörbar gemacht werden können: Gehörlose Menschen haben sogar eine vollwertige und eigene Sprache der Hände entwickelt, die Gebärdensprache. Sie buchstabieren nicht nur mit den Fingern, sondern bilden mit ihnen Worte und Sätze wie Hörende mit dem Mund.

Hände und Finger sprechen ihre eigene Sprache. Denken wir nur an die vielen Berufsgruppen, die ein eigenes Zeichensystem entwickelt haben, um sich zu verständigen: Verkehrspolizisten zum Beispiel regeln den Verkehr durch Handzeichen. Volleyballmannschaften planen ihren Spielzug, indem sich die Spieler hinter dem Rücken durch vorher vereinbarte Fingersignale verständigen. Die kleinsten Handbewegungen eines Dirigenten entscheiden über ein furioses Klangbild oder quälende Disharmonie. Auch in der Meditation, beim Yoga oder bei religiösen Riten gibt es festgelegte Handzeichen – das ist bei den Christen nicht anders als bei den Buddhisten. (Nur die Eskimos nehmen da oft lieber die Nase …)

Auch eine wahre Fülle von Redensarten und Sprichwörtern zeigt die vielfältige und mehrdimensionale Bedeutung von „Hand/Hände" auf. Hier einige Beispiele: die Hände in den Schoß legen – zwei linke Hände haben – in falsche Hände geraten – die Hände in Unschuld waschen – sich die Hände reiben – jemandem sind die Hände gebunden – sein Herz in die Hand nehmen.

Auch die Handhaltung hat eine offenkundige Bedeutung. Bei der offenen Hand wird dem Gesprächspartner die Innenfläche zugewandt – sie repräsentiert das Feingefühl des Menschen. Wer die sensible Seite der Hand offenlegt, schenkt seinem Gegenüber Vertrauen, ist friedfertig und wohlgesinnt. Die Geste des freien Gebens und Nehmens geschieht mit der offenen Hand. Die offene Hand signalisiert Achtung und Offenheit vor dem anderen und ist gleichzeitig Angebot für eine harmonische Wechselbeziehung.

Umgekehrt wird bei der Geste der zudeckenden Hand die sensible Innenseite nach unten und der Handrücken nach oben gekehrt. Der Mensch schirmt so seine empfindliche Seite gegenüber der Außenwelt ab. Menschen, die im Gespräch fortwährend den Handrücken zum Partner richten, wehren aus Unsicherheit ab oder weil sie etwas verbergen wollen – häufig sind sie schwierige Verhandlungspartner. Hände, die auf dem Tisch, der Sessellehne, den Schenkeln oder gar unter dem Tisch gehalten werden, können Verdeckungstendenzen signalisieren. Gespräche, die mit ausgestrecktem Zeigefinger erfolgen, geschehen meist aus einer Dominanzposition heraus: „Hab ich dir nicht gesagt …", „Und das sollten wir unbedingt berücksichtigen …"

Schließlich kann auch durch das Berühren des eigenen Körpers mit den Händen etwas ausgedrückt werden: Die Hand, die zum Mund fährt, blockiert möglicherweise eine voreilige Äußerung. Die Hand, die den Nacken reibt, kann Ausdruck einer unbehaglichen Situation sein. Zupfen der Nasenspitze kann peinliche oder unrichtige Aussagen begleiten. Wird der Kopf an der Nasen-

wurzel zwischen Daumen und Zeigefinger abgestützt, kann dies ein Zeichen der Ermüdung oder Erschöpfung sein.

So sehr Interpretationen der Körpersprache einleuchten, so sehr muss aber auch betont werden, dass körpersprachliche Aussagen grundsätzlich mehrdeutig sind. Die Körpersprache ist ein hochsensibles Instrument mit vielen Facetten, die wir immer aufs Neue entdecken und erkunden können.

Was Hände verraten
Gerade in einer Zeit, in der wir aufgefordert sind, unser Leben selbst in die Hand zu nehmen, sollten wir achtsam sein und respektvoll mit unseren Händen umgehen. Die Hände sind die Visitenkarte eines Menschen und werden im Erstkontakt sofort wahrgenommen. Sie sind kostbar und so sollten wir sie auch behandeln. Das wahre Alter liegt auf der Hand – sie entlarvt das Alter und jede Pflegesünde gnadenlos. Es ist erstaunlich, dass sehr viele Menschen alles tun, um jung zu wirken, die Pflege ihrer Hand jedoch außer Acht lassen. Auch bei vielen Stars lässt sich übrigens eine große Diskrepanz zwischen der gestrafften Gesichtshaut und der Hand beobachten.

Geben wir unseren Händen also mehr Aufmerksamkeit. Genießen wir ihre Sensitivität und die wunderbare Möglichkeit, sie mit Spezialprodukten liebevoll und konsequent zu pflegen: Es liegt in Ihrer Hand!

Hinweis: Zum gleichen Thema finden auf dem bgwforum 2007 auch zwei Workshops (WS D14 und WS E17) statt.

Optimale Berührungsqualität bei optimalem Hautschutz

Plenum C

Alexandra Morch-Röder,
BGW, Berlin

Optimale Berührungsqualität mit optimalem Hautschutz in Einklang zu bringen, widerspricht sich nicht, obwohl das Waschen und Eincremen von Patienten mit Handschuhen bei vielen Pflegenden auf Widerspruch stößt. Zur Professionalität gehört jedoch der Schutz des eigenen Handwerkzeugs – der Hände –, denn nur mit intaktem Hautzustand können eine sichere Pflege und Eigenschutz gewährleistet werden.

Die Hautpflege des Patienten ist ein anerkanntes und häufig diskutiertes Thema. Berufliche Hautbelastungen von Pflegepersonen bleiben indes oft unausgesprochen. Schon in der Ausbildung wird dieses Thema kaum richtig berücksichtigt. Deutlich wird dies in der führenden Fachliteratur: Bei der inhaltlichen Beschreibung der Ganzkörperwaschung wird zum Beispiel das Handschuhtragen nur im Kontext der Intimpflege als Infektionsschutz empfohlen. Abbildungen dieser Pflegesituation zeigen fast ausschließlich Pflegende, die ohne Handschuhe waschen. Es wird sogar von einigen Autoren suggeriert, dass nur mit direktem Haut-zu-Haut-Kontakt eine bestmögliche Körperpflege zu erreichen sei.

Berührung ist Teil der nonverbalen Kommunikation und ohne Zweifel wichtiger Faktor in der Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Jedoch hinterlassen die alltäglichen Pflegeinterventionen mit Wasser, Waschlotion und Patientenkosmetika ihre Spuren auf der Haut der Pflegenden. Chronische Handekzeme stehen an erster Stelle der Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Erkrankungen bei der BGW.

Kompromisse zwischen Patientenbedürfnissen und dem Hautschutz des Personals können in der differenzierten Beurteilung der jeweiligen Pflegesituationen gefunden werden. Hautbelastende Pflegeinterventionen können meist mit Schutzhandschuhen durchgeführt werden, ohne dass die Berührungsqualität hierunter leidet.

Ein Aspekt des allgemein anerkannten Pflegekonzepts der Basalen Stimulation® fordert ausdrücklich, bei bestimmten Körperwaschungen Distanz schaffende Medien – zum Beispiel Handschuhwaschlappen – einzusetzen, um den Patienten über seine Körpergrenzen zu orientieren. Im Regelfall werden Körperwaschungen generell mit einem Waschlappen durchgeführt und direkter Hautkontakt findet hierbei nicht statt. Das zusätzliche Tragen von Handschuhen unter dem Waschlappen beeinträchtigt die Berührungsqualität nicht, schützt aber die Haut des Pflegenden.

Die für den Patienten zu Recht geforderte bewusste, eindeutige und verbindliche Berührungskommunikation steht keineswegs im Widerspruch zum Hautschutz der Pflegenden. Im Gegenteil: Nur eine hautgesunde pflegende Hand garantiert ein hohes Maß an Berührungsfähigkeit.

Schnell und einfach umgesetzt: Die Hygieneempfehlungen des Robert Koch-Instituts

Plenum C

Erika Stolze,
Beratung für Pflegeeinrichtungen, Weilrod

Die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) basieren auf dem neuesten wissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Stand. Sie sind damit eine Basisgrundlage für das Handeln in der Pflege. Nachweise zur Umsetzung und Einhaltung der Empfehlungen des RKI sind die Prüfgrundlage bei Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und bei der Beurteilung von Haftungsfragen im Schadensfall. Wie die Empfehlungen und Richtlinien des RKI einfach und prüfsicher umgesetzt werden können, wird in diesem Vortrag vorgestellt.

Einführung

Die Empfehlungen des RKI sind sehr umfangreich und komplex. Für den Einzelnen ist es mitunter schwierig, die für ihn relevanten Informationen aus den Texten zu filtern. Die Empfehlungen sicher und sachgerecht zu implementieren, ist mit hohem Aufwand verbunden. Die Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen ist oft nicht ausreichend dokumentiert.

Ziele der RKI-Empfehlungen:

- Infektionsprävention – Schutz der Patienten und Mitarbeiter vor Infektionen
- strukturiertes Hygienemanagement
- Schutz der Mitarbeiter vor unnötiger Belastung mit potenziell gesundheitsgefährdenden Stoffen
- Erfassung, Bewertung und Reduzierung nosokomialer Infekte
- Verhinderung der Ausbreitung übertragbarer Krankheiten

Sechs Schritte zur Implementierung

1. Bearbeiten der Richtlinien des RKI

- Identifizieren der für die Einrichtung relevanten Vorschriften und Handlungsempfehlungen
- Beachtung der Kategorien der Empfehlungen
  - Kategorie I – nachdrückliche Empfehlung: auf der Basis von gut konzipierten Studien oder Expertenempfehlungen
  - Kategorie II – eingeschränkte Empfehlung: auf der Basis von hinweisenden klinischen Studien oder theoretischen Begründungen
  - Kategorie III – keine Empfehlung/ungelöste Frage: die Wirksamkeit der Maßnahmen ist nicht eindeutig geklärt
  - Kategorie IV – rechtliche Vorgaben: Anforderungen, Maßnahmen und Verfahrensweisen, die aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder Verwaltungsvorschriften durchgeführt werden müssen

2. Erstellen eines einrichtungsinternen Hygienekonzepts

- Darstellung der Ziele zum Thema Hygiene und Infektionsprävention
- Auflistung der Grundlagen: rechtliche Grundlagen, Verwaltungsvorschriften

- Darstellung der allgemeinen, übergeordneten Maßnahmen: Schulung, Qualitätssicherung, Dokumentation
- allgemeine Hygieneregeln: zum Beispiel im Hinblick auf Ringe/Schmuck, Schutzkleidung, Hautschutz, persönliche Hygiene

3. Erstellen eines einrichtungsinternen Hygieneplans
- Auflistung was, wie, womit, wie lange und wann desinfiziert wird
- Benennung von Verantwortlichkeiten
- Schutzvorschriften für Mitarbeiter: zum Beispiel Tragen von Handschuhen beim Arbeiten mit Desinfektionslösungen

4. Überprüfen und Bearbeiten einrichtungsinterner Standards, Verfahrensanweisungen und Konzepte
- Prüfung, ob die Vorschriften des RKI in den einzelnen Standards berücksichtigt sind
- Ergänzung der Standards bei Bedarf

5. Implementierung
- Einweisung der Mitarbeiter in das Hygienekonzept
- Einweisung der Mitarbeiter in den Hygieneplan
- Einweisung der Mitarbeiter in die angepassten Standards

6. Qualitätssicherung und -weiterentwicklung
- Überprüfung der Umsetzung der Hygienevorschriften, zum Beispiel im Rahmen von Pflegevisiten
- Durchführen von Kontrolluntersuchungen
- Auswertung der Ergebnisse der Pflegevisiten/Prüfungen und Klärung, ob Schulungsbedarf gegeben ist
- Überprüfung der Prozesse und Verfahrenstechniken auf Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und potenzielle Gesundheitsgefährdung sowie Überarbeitung bei Bedarf
- regelmäßige Auswertung der überarbeiteten oder neu erstellten Empfehlungen des RKI und Überprüfung, ob einrichtungsinterne Dokumente und Dokumentationshilfen angepasst oder ergänzt werden müssen

Ergebnis

In der Einrichtung liegen folgende Dokumente vor: ein Konzept Hygienemanagement, ein Hygieneplan, aktuelle Standards und Verfahrensanweisungen sowie Nachweise zur Qualitätssicherung (zum Beispiel Protokolle Pflegevisiten, Kontrolluntersuchungen) und Nachweise zur Qualitätsweiterentwicklung (zum Beispiel Protokolle Qualitätszirkel).

Beispiele

Zur Darstellung, wie einfach Konzepte auch für schwierige Arbeitsbereiche letztlich aussehen können, wurden Skabies und MRSA als Beispiele ausgewählt.

Skabies (Krätzmilbenbefall): Hauterkrankung durch Grabmilben mit starkem Juckreiz, Erscheinungsbild unterschiedlich: teilweise wie Akne, Insektenstiche, Ekzem

Maßnahmen:

- betroffenen Patienten baden, Antikrätzmittel auftragen (Haut muss trocken und normal temperiert sein)
- täglich: Wechsel von Kleidung, Bettwäsche und Handtüchern, waschen bei mindestens 60 Grad, Möbel absaugen
- sonstige Gegenstände: chemische Reinigung, sieben Tage lüften, einfrieren
- Eigenschutz: Hände und Unterarme nach Patientenkontakt waschen, nach Dienstende duschen und Kleidung täglich waschen (60 Grad)

MRSA (multiresistenter Staphylococcus aureus): Befallsrate in Deutschland steigend, der Erreger breitet sich auch im Umfeld (Bett, Möbel) aus

Maßnahmen:

- Händedesinfektion vor und nach Kontakt mit dem Patienten
- Schutzkleidung tragen und mindestens nach jeder Schicht wechseln
- befallene Stellen entsprechend ärztlicher Anordnung behandeln
- täglich: Ganzkörperwaschung mit desinfizierender Waschlotion, Bettwäsche wechseln, Handtücher wechseln, Bett, Möbel und Fußboden mit desinfizierender Lösung abwaschen
- Eigenschutz: Hände nach Patientenkontakt desinfizieren, nach Dienstende duschen und Dienstkleidung täglich wechseln

Hygiene in der ambulanten Pflege

Prof. Dr. Walter Popp,
Leiter Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Essen, Essen

Bei neun Anbietern ambulanter Pflegeleistungen im Ruhrgebiet wurde die Umsetzung hygienischer Vorgaben erfasst und beobachtet. Folgende Hauptprobleme wurden identifiziert:

- Es fehlen qualifizierte Hygieneverantwortliche.
- Es fehlen Hygienepläne oder diese sind nicht angepasst.
- Die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten ist oft problematisch.
- Es gibt Defizite bei der Händehygiene.
- Es gibt große Defizite bei der Kleiderhygiene und der Abfallentsorgung.

Einleitung

Über hygienische Probleme in der ambulanten Pflege liegen bisher kaum Erkenntnisse vor. Entsprechende Erhebungen waren Ziel eines Pilotprojekts im Ruhrgebiet, das im Auftrag des LÖGD NRW durchgeführt wurde.

Bei neun Anbietern ambulanter Pflegeangebote wurden Erfassungen vor Ort durch eine Hygienefachkraft durchgeführt, die nach Absprache Pflegeschichten mitfuhr. Dabei wurden insgesamt 22 Pflegende begleitet und die Versorgung von 214 Patienten gesehen.

Hauptprobleme und Empfehlungen

Das Projekt ergab folgende Hauptprobleme:

- Es fehlen **Hygieneverantwortliche** bei den Anbietern sowie in den Pflegediensten (Sozialstationen). Hygienebeauftragte oder Hygieneverantwortliche sollten mindestens regelmäßig an hygienischen Fortbildungen teilnehmen. Die Bildung einer Hygienekommission, unter Umständen in Kombination mit Arbeitsschutzausschuss und QM-Kommission, scheint – zumindest bei größeren Anbietern – sinnvoll.

- Es fehlen **Hygienepläne**. Wenn Hygienepläne vorhanden sind, sind diese fast durchgehend nicht angepasst und häufig nur bruchstückhaft. Für größere Anbieter mit mehreren Pflegediensten (Sozialstationen) sollte ein einziger Hygieneplan geführt werden, der dann in allen Pflegediensten umzusetzen ist. Eine regelmäßige hygienische Schulung, zum Beispiel in Teambesprechungen, ist zu fordern.

- Die **Zusammenarbeit mit den Ärzten** ist oft problematisch und zeitlich aufwändig. Teilweise fehlen den niedergelassenen Ärzten die erforderlichen pflegerischen und hygienischen Kenntnisse. Bewährt haben sich schriftliche Standards der Dienste, die die Verschreibung bei den Ärzten erleichtern. Forderungen der Pflegedienste sind nachvollziehbar, wonach sie Leistungen selbst verordnen und Budgetverantwortung tragen wollen. Vorstellbar erscheinen Mischlösungen, mit denen eine bestimmte Anzahl von Folgeverordnungen durch die Pflegedienste selbst erfolgen kann.

- Es gibt Defizite in der regelmäßigen **Händehygiene und -desinfektion**. Die Händedesinfektionsmittel sind im Optimalfall beim Patienten zu stationieren, ansonsten sind Kittelflaschen hinnehmbar. Die Handschuhbox sollte möglichst beim Patienten verbleiben, da nur so auch für unvorhergesehene Ereignisse Handschuhe zur Verfügung stehen.

- Es gibt Probleme mit dem **Transport der Pflegeutensilien**. In vielen Autos sind personenbezogene Rucksäcke vorhanden, diese werden jedoch selten mit zu den Patienten genommen. Häufig werden die wahrscheinlich benötigten Teile (wie unter anderem Handschuhe, Verbandmaterial) offen per Hand transportiert – das ist angesichts des Kontaminationsrisikos sowie der fehlenden Ersatzmöglichkeiten unbefriedigend.

- Es gibt große Defizite bei der **Kleidung**, da überwiegend Privatkleidung getragen wird und keine Regeln zur Reinigung existieren. Erforderlich sind mindestens der tägliche Kleidungswechsel (gesamte Oberbekleidung, die bei der Pflege getragen wird) sowie Kleidung, die eine tägliche Wäsche von mindestens 60° C aushält. Besser wäre es, wenn die Anbieter den Mitarbeitern – täglich frische – Berufskleidung stellen würden, die über gewerbliche Wäschereien desinfizierend gewaschen wird.

- Bei den Blasenkathetern sollte auf flexible Wechselintervalle umgestellt werden. Die ärztlichen Anweisungen zur Versorgung von Kathetern – und vor allem zum Spülen – sind in Einzelfällen sehr problematisch oder sogar unverantwortlich; Spülungen mit Antiseptika oder Antibiotika sind obsolet. Eine regelmäßige Blasenspülung zur Verhinderung eines Abflussverschlusses infolge ungenügender Flüssigkeitszufuhr ist keine patientenfreundliche Lösung von Problemen bei der häuslichen Betreuung älterer Menschen, die nicht genügend selbstständig trinken.

- Die Müllentsorgung muss unbedingt verbessert werden: Alle für die Pflege benutzten Materialien – insbesondere Wundverbände und Ähnliches – sind mindestens in Beuteln zu sammeln; diese sind verschlossen dem Hausmüllbeutel in der Wohnung zuzuführen, sodass eine Zweifach-Verpackung vor der Entsorgung in die Hausmülltonne zustande kommt. Spitze Gegenstände wie zum Beispiel Kanülen sind in durchstichsicheren Behältern zu sammeln.

Warum Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz?

Plenum D

Reiner Maier,
Geschäftsführer
Maicon GmbH,
MAAS-Auditor,
Troisdorf

Arbeitsschutz ist eine gesetzliche Vorgabe, die von jeder Einrichtung des Gesundheitswesens zu berücksichtigen ist und auch – zumindest formal – berücksichtigt wird. Ebenso sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens – Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Arztpraxen, Apotheken und andere – verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem zu installieren. Auch in dieser Hinsicht hat die überwiegende Anzahl dieser Einrichtungen und Betriebe in den vergangenen Jahren etwas getan. Was bringt nun die Integration des Arbeitsschutzes in das Qualitätsmanagement? Welcher Ansatz steht dahinter?

Arbeitsschutz als Wettbewerbsvorteil

Ausgangspunkt für die BGW ist die Erfahrung, dass wirksamer Arbeitsschutz erst dann möglich wird, wenn er fest in betriebliche Strukturen und Abläufe integriert wird. Und in einem wirksamen Arbeitsschutz wird ein deutlicher Wettbewerbsvorteil gesehen. Eine Integration bietet zum einen den formalen Vorteil, alles in einem Handbuch vorhalten und pflegen zu können. Zum anderen leitet sich aus einer Integration die erhöhte Möglichkeit ab, die Regelungen dieser Teilmanagementsysteme auch tatsächlich zu leben und somit nutzbringend für die Einrichtung beziehungsweise den Betrieb einzusetzen. Schließlich stellt diese Integration einen Baustein auf dem Weg zu einem generellen Managementsystem dar.

Auf das Vorhalten eines Handbuchs für verschiedene Aspekte eines umfassenden Managementsystems braucht an dieser Stelle nicht näher eingegangen zu werden. Der zweite Vorteil, also im Unternehmensalltag zu leben, was in den Managementsystemen geregelt ist, bedarf jedoch einer näheren Betrachtung.

Regelung und Steuerung der Leistungserbringung

Viele Qualitätsmanagementsysteme haben de facto ein Eigenleben neben den täglichen Arbeitsabläufen (Prozessen) der Leistungserbringung. Diese Systeme „leben" nicht in dem Sinne, dass eine Einrichtung durch die Regelungen eines solchen Managementsystems tatsächlichen und messbaren Nutzen zieht. Dabei bezieht sich – unabhängig von der Sprache des Managementsystems und der darin enthaltenen Anforderungen (Normen) – ein Qualitätsmanagementsystem auf die Art und Weise, wie die Leistungen einer Einrichtung des Gesundheitswesens erbracht werden. Es regelt, was dabei zu beachten ist, nach welchen Standards die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorzugehen haben und wie die Abläufe der Leistungserbringung gestaltet sind; hinzukommen einige formale Aspekte, die der Nachvollziehbarkeit des Tuns in der Einrichtung dienen (zum Beispiel Dokumentation).

Reduzierung von Kosten

Die Regelungen eines Managementsystems sind als Instrumente zur Steuerung der Einrichtung beziehungsweise ihrer Leistungsprozesse zu verstehen. Sie stellen Regeln für die Mitarbeiter dar, die in der Arbeitsdurchführung zu berück-

sichtigen sind und selbstverständlich die Effizienz der Arbeitsausführung nicht behindern dürfen, sondern sie unterstützen müssen. Auf der Managementebene sind diese Regelungen und Verfahren Stellschrauben für die Leitung, mit denen die Prozesse der Leistungserbringung beeinflusst und gesteuert werden können. Das bezieht sich sowohl auf die Effizienz (Wirtschaftlichkeit) dieser Prozesse wie darauf, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Die Realisierung dieses Verständnisses eines Managementsystems führt dann zu Wettbewerbsvorteilen, wie sie auch von der BGW gesehen werden: zu sinkenden Fehlzeiten infolge reduzierter Unfälle und arbeitsbedingter Erkrankungen, zu besserer Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit sowie zu Zeit- und Kosteneinsparungen.

Würde Qualitätsmanagement auf breiter Ebene in Einrichtungen des Gesundheitswesens so aufgefasst und damit geklärt, dass die Erbringung der Leistungen, für die diese Einrichtungen bezahlt werden, jeweils auf den Prüfstand gestellt werden, um sie so optimal wie möglich zu gestalten und so effizient wie möglich durchzuführen, dann würde Qualitätsmanagement seinen „Schrecken" weitgehend verlieren und als das verstanden werden, was es letztlich ist: ein Instrumentenset von Regelungen und Verfahren, um einen hohen Qualitätsstandard zu gewährleisten. Dieser Qualitätsstandard wird von den gesetzlichen Anforderungen sowie dem Selbstverständnis einer Einrichtung definiert, welche Leistungen für welchen Zweck sie erbringen will und kann.

Mitarbeiterorientierung

Redet man im Gesundheitswesen über Qualität, dann kann man die Leistungserbringer, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, nicht ausklammern. Gesundheitsleistungen sind personenzentrierte Leistungen. Und nur Mitarbeiter, die selbst optimal leistungsfähig (und leistungsbereit) sind, können diese Leistungen zum Wohle der Patienten/Kunden erbringen. Dabei ist es eine Aufgabe jeder Einrichtung des Gesundheitswesens, die Leistungsfähigkeit und die Leistungsbereitschaft ihrer Mitarbeiter zu fördern. Darum kümmert sich das Personalmanagement, und es ist die Aufgabe einer jeden Führungskraft.

Beispiele der Gesundheitsprävention

Die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen des Gesundheitswesens wird unter anderem besonders stark durch körperliche Belastungen beeinflusst. So müssen Bewohner/Patienten/Kunden bewegt und transportiert werden, zum Beispiel beim Waschen oder bei hoher Bewegungsunfähigkeit. Bewohner/Patienten/Kunden leisten dann in der Regel keine Unterstützung, weil sie dazu nicht in der Lage sind. So kommt beispielsweise dem richtigen, situationsadäquaten Heben von Bewohnern/Patienten/Kunden eine herausragende Bedeutung beim Pflegepersonal zu.

Bedeutung des Arbeitsschutzes

Ein anderes Beispiel ist die Hygiene. Durch Vernachlässigen von Hygienevorschriften laufen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Gefahr, sich selbst Infektionen zu holen oder sich gar bei Patienten anzustecken. Schließlich soll noch

darauf hingewiesen werden, dass pflegerisches und medizinisches Personal oftmals nicht geimpft ist, wo eine Impfung dringend angeraten, ja eine Voraussetzung für verantwortungsvolles Arbeiten ist. Die Beispiele mögen an dieser Stelle genügen, um auf die Bedeutung des Arbeitsschutzes für die Gesundheit der Mitarbeiter einer Einrichtung des Gesundheitswesens und damit die Erhaltung ihrer optimalen physischen Leistungsfähigkeit hinzuweisen.

Wenn Arbeitsschutz nicht als nur formal zu erfüllende Anforderung begriffen wird, für die die oberste Leitung einen Beauftragten benennt und auf diese Weise das Thema los ist, sondern als (Management-)Instrument, mit dem die Fürsorge für die Mitarbeiter in die Tat umgesetzt werden kann, dann wird auch klar, dass damit eine wichtige, ja zentrale Voraussetzung für das Qualitätsmanagement realisiert wird. Eine Integration des Arbeitsschutzes in das Qualitätsmanagement stellt so einen konsequenten Schritt des Aufbaus und der Weiterentwicklung eines generellen Managementsystems dar.

Schließlich erweist es sich mehr und mehr, dass eine komplexe Einrichtung wie beispielsweise ein Krankenhaus oder ein Altenheim nicht ausschließlich über Finanzkennzahlen gesteuert werden kann. Qualität – die nachvollziehbare Gewährleistung eines definierten Qualitätsstandards – ist eine zentrale Grundlage für das Erreichen wirtschaftlich guter Ergebnisse, soweit die Prozesse der Leistungserbringung im Hinblick auf Effektivität und Effizienz so optimal wie möglich gestaltet und dementsprechend auch realisiert werden. Und ohne die Berücksichtigung der zentralen Ressource einer Einrichtung des Gesundheitswesens – dem Mitarbeiter – wird dies nicht zu erreichen sein. In der Praxis zu beobachtende Ansätze, das Personal vor allem als Kostenfaktor zu betrachten und zu behandeln, werden deshalb über kurz oder lang in eine Sackgasse führen. Aktiver Arbeitsschutz als Bestandteil eines umfassenderen Managementsystems bietet hier einen Weg, aus der überwiegend Finanzkennzahlen-orientierten Sicht- und Handlungsweise auszubrechen.

Haftungsrisiken mindern: Was leistet qu.int.as®?

Dr. Thomas Ufer,
Rechtsanwaltskanzlei
Dr. Halbe, Köln

Das Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz (qu.int.as) soll dazu dienen, im Rahmen des Präventionsauftrags der BGW Betriebe dabei zu unterstützen, Unfälle, Berufs- und andere arbeitsbedingte Krankheiten von Mitarbeitern zu vermeiden. Als Nutzen kann hier neben einer Kostenersparnis, der Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiter und sonstigen Wettbewerbsvorteilen auch ein geringeres Haftungsrisiko resultieren, was im Folgenden exemplarisch dargestellt werden soll.

Einführung

Tätigkeiten im Gesundheitsbereich stellen „gefahrgeneigte Tätigkeiten" dar, weil hier auf vielerlei Feldern besondere Risiken drohen. Diese Gefahren können sich einerseits für die Beschäftigten, andererseits aber auch für betreute beziehungsweise behandelte Personen realisieren.

Während Ersteres das Feld der gesetzlichen Unfallversicherung berührt, deren Träger die gewerblichen Berufsgenossenschaften sind, berührt Letzteres den Bereich der zivilrechtlichen Trägerhaftung für fehlerhaftes Verhalten im Unternehmen. Die beiden Gefahrenfelder weisen dabei einen Überschneidungsbereich auf.

Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren als Aufgabe der BGW

Die BGW ist Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung für nicht staatliche Einrichtungen, unter anderem in der Altenpflege. Zur Wahrnehmung ihrer Präventivaufgaben unterstützt sie Mitgliedsbetriebe bei der Etablierung von Systemen des Qualitätsmanagements, wodurch Unfälle, Berufskrankheiten und andere arbeitsbedingte Erkrankungen der Mitarbeiter verhindert werden sollen.

Einen diesbezüglichen Ansatz stellt qu.int.as dar, mit dessen Hilfe Gefährdungsschwerpunkte für den stationären und ambulanten Pflegebereich identifiziert werden, so zum Beispiel die Infektionsgefährdung, Gefährdungen durch Arzneimittel oder des Stütz- und Bewegungsapparates beim Bewegen von Patienten.

Der Bereich des Gesundheitsschutzes für Mitarbeiter kann nur dann suffizient funktionieren, wenn Organisationspflichten des Arbeitgebers ordnungsgemäß erfüllt werden; auch dies wird durch qu.int.as abgebildet.

Haftungsrisiken gegenüber Dritten

Die zivilrechtliche (Träger-)Haftung im Bereich des Gesundheitswesens ist gesetzlich nur marginal ausgestaltet und wird insbesondere durch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs konturiert.

Steht bei Eintritt einer Gesundheitsschädigung Dritter fest, dass diese aus einem Bereich stammt, dessen Gefahren voll ausgeschlossen werden können (sogenannter **vollbeherrschbarer Risikobereich**), geht eine Verschuldens-/Fehlerver-

mutung zu Lasten des Leistungserbringers. Dies betrifft insbesondere den technisch-apparativen Bereich sowie die Organisation und Koordination des Behandlungsbetriebs. Beispiele in der Rechtsprechung bilden unter anderem Infektionen aus hygienisch beherrschbaren Bereichen, ein Sturz von der Untersuchungsliege oder im Pflegeheim bei konkreten Pflege- oder Betreuungsmaßnahmen oder aus dem zur Sicherung nicht geeigneten Rollstuhl oder in Gegenwart der Pflegerin sowie das Anstoßen eines Patienten beim Einschiebevorgang in ein Krankentransportfahrzeug. In all diesen Fällen tritt die von Behandlungsseite zu widerlegende Vermutung der objektiven Pflichtwidrigkeit/eines Verschuldens ein, wenn feststeht, dass eine Schädigung aus diesem Bereich herrührt.

Gleichzeitig kann sich eine Trägerhaftung unter dem Gesichtspunkt des **Organisationsverschuldens** ergeben, wie von der Rechtsprechung vielfach entschieden wurde. Dies betrifft zum Beispiel Fälle, wenn ein Schlüssel zum OP-Saal nicht auffindbar ist, ein Nachtdienst durch inkompetentes Personal abgeleistet wird, die Verlegung eines Patienten in eine besser ausgestattete Klinik verweigert wird oder wenn nicht verhindert wird, dass diese Schäden durch ein Organisationsverschulden eintreten, sondern vielmehr eine ordnungsgemäße Organisation vorlag.

Überschneidungsfelder

In den Bereichen, in denen die Schutzrichtung für (präventiven) Mitarbeiterschutz, wie er durch qu.int.as angestrebt wird, mit dem Schutz behandelter Personen konform geht, kann die Implementation eines Systems zur Verringerung der Risiken für die Mitarbeiter auch den Patientenschutz verbessern:

- Jede identifizierte Haftungsquelle führt nämlich zur Sensibilisierung der Mitarbeiter, sodass Gefährdungen in Zukunft minimiert werden.

- Ansonsten kann — gerade für den vollbeherrschbaren Risikobereich und die Fälle des Organisationsverschuldens — durch die Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems im Prozess ein Nachweis geführt werden, dass Sorgfaltspflichten eingehalten wurden.

Derartige Sicherungs- und Kontrollpflichten werden — zum Schutz der Mitarbeiter — mit Etablierung eines Qualitätsmanagements verfolgt, sodass die konkrete Durchführung festgelegter Ablaufschritte im Prozess gelingen kann, was dann entweder die Annahme der Vollbeherrschbarkeit eines Risikobereichs erschüttert oder dazu führt, dass sich aufgrund der Wahrnehmung aller Sorgfaltspflichten ein fehlendes Verschulden feststellen lässt. Wenn Verfahrensabläufe nämlich routinemäßig implementiert sind, könnte der Nachweis ihrer Anwendung im Einzelfall wohl auch dadurch geführt werden, dass immer in einer bestimmten Weise vorgegangen wird, was von Gerichten bei der Wahrnehmung von Aufklärungspflichten angenommen wird (sogenannte „Immer-So“-Rechtsprechung).

Die Etablierung eines Qualitätsmanagements betrifft zudem solche Fälle, in denen mehrere Personen als Verursacher eines Schadens infrage kommen (zum Beispiel niedergelassener Arzt oder Krankentransport-Subunternehmer im Altenheim). Auch hier kann die Einführung solcher Beweismöglichkeiten dazu führen, dass eine Haftung des Altenheimträgers ausscheidet.

Zusammenfassung

Die prozessuale Beweissituation um die zivilrechtliche Trägerhaftung kann sich durch Einführung eines Qualitätsmanagements mit integriertem Arbeitsschutz verbessern, wenn die Zielrichtungen von Mitarbeiter- und Patientenschutz gleichgerichtet sind; hierfür existieren vielfache Anwendungsfälle in der Praxis.

qu.int.as® – Erfolgsfaktor Mitarbeiterorientierung Plenum D

Bärbel Brandt,
Qualitätsmanagerin,
GSS Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Marienkrankenhaus, Siegen
Christian Schröder,
Wohnbereichsleitung,
GSS Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Haus St. Klara, Friesenhagen

Die vier Wohn- und Pflegeeinrichtungen der GSS Gesundheitsservice Siegen GmbH haben das Präventionsangebot qu.int.as der BGW eingeführt. qu.int.as steht für Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz: Eine Kombination, die Mitarbeitern und Bewohnern zugutekommt und sich betriebswirtschaftlich auszahlt. Der Zusammenhang zwischen Qualitätsmanagement, Arbeitsschutz und Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens ist offensichtlich.

„Nur mit gesunden und zufriedenen Mitarbeitern lassen sich die Ziele Wirtschaftlichkeit, Effizienz und Qualität erreichen."
Ein Kerngedanke ist die Erhaltung und Förderung der Gesundheit und somit eine langfristige Bindung der Mitarbeiter an das Unternehmen. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Einführung eines Qualitätsmanagements mit integriertem Arbeitsschutz ist die konsequente Mitarbeiterorientierung. Dazu braucht es eine Unternehmenskultur, die alle betrieblichen Akteure an den Entwicklungsprozessen beteiligt.

Die GSS Wohn- und Pflegeeinrichtungen starteten als Pilotprojekt der BGW bereits vor zehn Jahren die Integration des Arbeitsschutzes in das betriebliche Qualitätsmanagement. Mit der ständigen Weiterentwicklung des QM-Systems stieg auch der Anspruch, den Arbeitsschutz und die damit verbundenen Prozesse noch verbindlicher und transparenter zu integrieren. Die Erfahrungen der Präventionspraxis haben gezeigt, dass wirksamer Arbeitsschutz erst dann möglich wird, wenn er fest in betriebliche Strukturen und Abläufe integriert wird. Auf dieser Erkenntnis basiert auch das Präventionsangebot der BGW, das Qualitätsmanagement und Arbeitsschutz miteinander verknüpft, kurz qu.int.as.

Im Jahr 2005 wurden die überarbeiteten und an die DIN ISO angepassten Managementanforderungen der Berufsgenossenschaft (MAAS-BGW) in das bestehende QM-System nach DIN EN ISO 9001:2000 integriert und erfolgreich zertifiziert. Die MAAS-BGW bilden die Grundlage für die Integration des Arbeitsschutzes in ein Qualitätsmanagementsystem. Der Kriterienkatalog der Norm DIN EN ISO 9001:2000 wurde durch die Integration der MAAS-BGW erweitert.

Die Motivation und Akzeptanz der Mitarbeiter, am Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz mitzuwirken, entwickelt sich nicht automatisch, sondern muss erzeugt und vertrauensvoll gefördert werden. Transparenz, ausführliche Information und systematische Schulungen sind hier wesentliche Bestandteile. Die Einbindung der Mitarbeiter in alle Phasen der Prozesse erfolgte vorwiegend über die Sicherheitsbeauftragten, den Qualitätsbeauftragten und über fachkundige Teilnehmer der aktiven Qualitätszirkel.

Im Vortrag wird dargestellt, wie die systematische Mitarbeiterorientierung gemeinsam geplant und umgesetzt werden kann, welche Projekte und Ansätze unterstützend wirken und welche Effekte sich in Richtung Mitarbeiterzufriedenheit ergeben. Bei der Darstellung der betrieblichen Prozesse bis zur Zertifizierung werden die Sichtweisen der Geschäftsleitung und der Mitarbeiter aufgezeigt.

Qualitätsentwicklung in der Altenpflege: Zwischen Kundenerwartung und Überregulierung Plenum E

Doreen Verfürth,
Einrichtungsleiterin
Ansgar Wohnstift Waren,
Neubrandenburg

Mit der Implementierung marktwirtschaftlicher Prinzipien im Bereich der Altenpflege und dem bestehenden hohen Wettbewerbsdruck ist eine Orientierung an den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen einerseits zu einem bedeutsamen Ziel der Leistungsanbieter avanciert. Andererseits wird ambulanten Pflegeeinrichtungen ein zeitlich genau begrenztes und kontingentiertes Spektrum abrechenbarer pflegerischer Leistungen vorgeschrieben, das von den Beschäftigten eine strikte ökonomisch-rationelle Arbeitsweise verlangt, damit die Einrichtung auf dem Pflegemarkt wirtschaftlich bestehen kann. Zudem sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen gesetzlich zur Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements verpflichtet, „das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet" sein soll (gemäß Paragraf 80 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Demnach befinden sich Pflegende in dem Dilemma, zum einen die Bedürfnisse und Wünsche der Kunden berücksichtigen und eine hohe Pflegequalität sichern zu wollen beziehungsweise zu müssen, zum anderen sich jedoch – speziell im ambulanten Sektor – an die vertraglich vereinbarten, zeitlich eng bemessenen pflegerischen Leistungen halten zu müssen.

Was macht nun hohe Pflegequalität aus und wie lässt sie sich unter den restriktiven Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege umsetzen? Um eine Antwort auf diese grundlegende Frage geben zu können, wurden die angestrebte, die realisierte und die wahrgenommene Dienstleistungsqualität in der Versorgung Pflegebedürftiger mithilfe empirischer Untersuchungen aus den jeweiligen Akteursperspektiven detailliert betrachtet. Einige bedeutende empirische Befunde sollen im Folgenden dargestellt werden.

Möglichkeiten und Grenzen der pflegerischen Qualitätsentwicklung

Eine hochwertige Qualität pflegerischer Leistungen wird erzeugt, indem Leistungserbringer sowie auch -empfänger bestimmte Qualitätsziele anstreben, die im Leistungsprozess dann auch umgesetzt und aus der Perspektive der jeweiligen Akteursgruppe entsprechend wahrgenommen werden. Im „Idealfall" bilden diese drei Schlüsselkategorien somit eine Einheit, die in der nachfolgenden Grafik durch einen umrahmenden Kreis dargestellt wird (siehe Abbildung 1). Mit der Verbindung der drei Dimensionen durch entgegengesetzte Pfeile wird jedoch auf die bestehenden Widersprüche aufmerksam gemacht.

In der Untersuchung aktueller Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen handelnden Akteuren in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger traten deutliche Unterschiede zwischen den Qualitätsvorstellungen der Professionals und der betreuten Kunden sowie zwischen der angestrebten, der realisierten und der wahrgenommenen Pflegequalität zutage. Die Ursprünge dieser Unterschiede ließen sich in einer unzureichenden Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen sowie divergierenden Wert- und Erwartungshaltungen der Handelnden verbunden mit arbeitsfeldbezogenen und berufspolitischen Problem-

lagen feststellen, die sich gegenseitig verstärken und strukturell zu verfestigen scheinen.

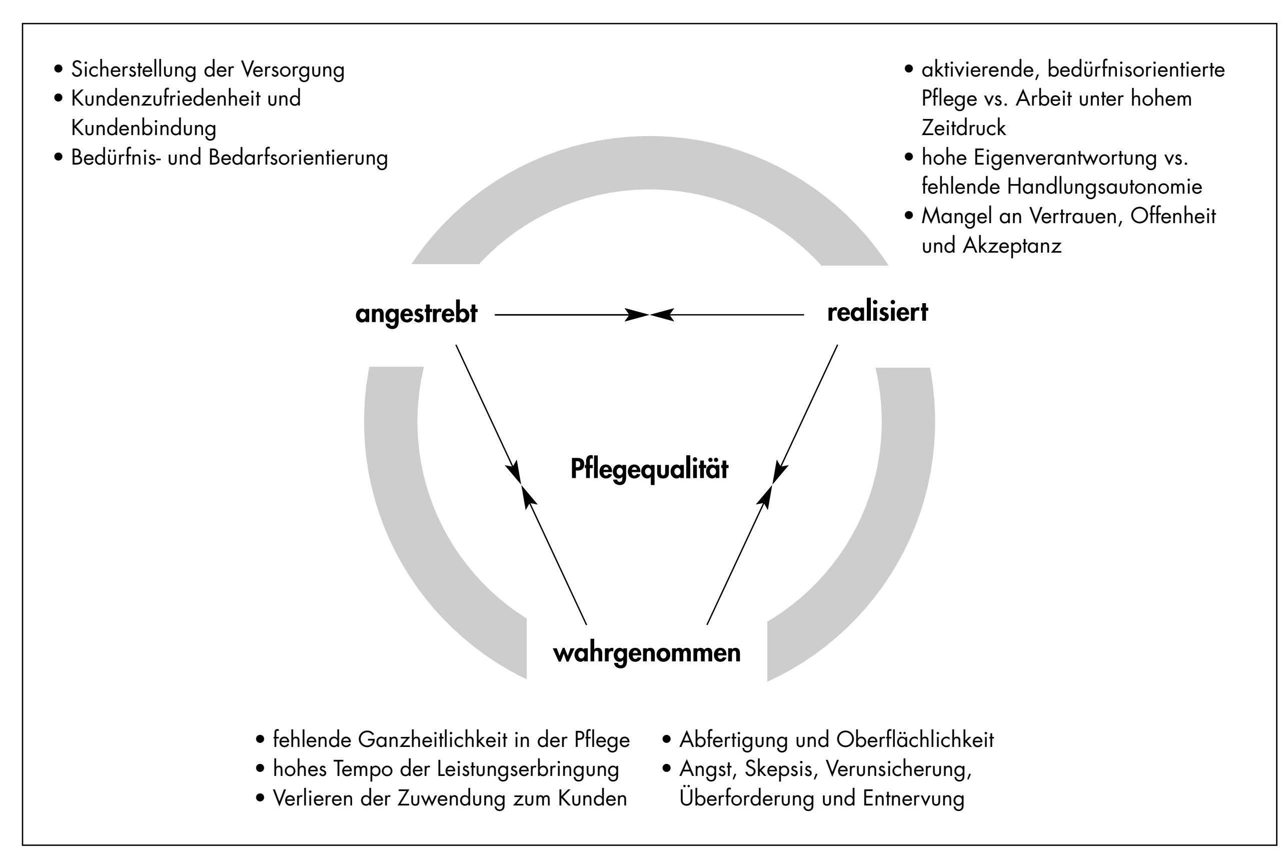


Abbildung 1:
Pflegequalität im ambulanten Sektor – zwischen Wirtschaftlichkeit und Humanität

Die Versorgungsqualität wird in erheblichem Maße von der Kommunikations- und Kooperationsbeziehung zwischen Leistungserbringern und -empfängern, aber auch von der Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams bestimmt. Diese Beziehungsstrukturen werden durch eine Vielzahl interpersoneller, institutioneller und systemischer Bedingungsfaktoren beeinflusst. Einerseits spielen persönliche Einstellungen und Werthaltungen der handelnden Akteure eine entscheidende Rolle, anderseits aber auch vorhandene Kompetenzen und Fähigkeiten der Professionals sowie die Organisationsstrukturen der Pflegeeinrichtung. Überdies hinterlässt der zunehmende Rationalisierungs- und Reformdruck im Gesundheitswesen seine Spuren in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger, sodass Mitarbeiter der Erfüllung systemischer Forderungen oberste Priorität beimessen. Pflegebedürftige haben demgemäß persönliche Bedürfnisse und Wünsche zurückzustellen und sich dem ökonomisch-rationell orientierten Gesundheitssystem zu fügen. Nur so können sie die dringend notwendigen Hilfeleistungen zur Alltagsbewältigung in Anspruch nehmen und werden nicht zu einem Störfaktor im System, der mit negativen Auswirkungen auf die Qualität seiner Versorgung aufgrund seines „nichteinkalkulierten Fehlverhaltens" zu rechnen hat.

Somit scheint es gegenwärtig zu einer Aufschichtung von Problemen und zur Zuspitzung von Widersprüchen in der ambulanten pflegerischen Versorgung zu kommen, die der Umsetzung einer hohen Dienstleistungsqualität entgegenstehen.

Mit dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Umsetzung einer hohen Dienstleistungsqualität im ambulanten Pflegebereich hohe Anforderungen an alle Mitarbeiter einer Institution stellt und nur durch die Kommunikations- und Kooperationsbereitschaft aller an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen und durch eine individuelle und flexible Arbeitsgestaltung erreicht werden kann. Dienstleistungsanbietern soll vor Augen geführt werden, dass mit der formalen Erfüllung der Forderungen eines theoretischen Qualitätskonzepts noch lange nicht von einer geleisteten hohen Pflegequalität gesprochen werden kann. Diesem Thema sollte unbedingt mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, um qualifizierte Mitarbeiter wie auch die Kunden an das Unternehmen zu binden und langfristig auf dem Gesundheitsmarkt bestehen zu können.

Stationäre Pflege weiterentwickeln, Qualität sichern – ein Modellprojekt

Plenum E

Manfred Krohn,
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e.V., Hamburg

Brigitte Rehling,
Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e.V., Hamburg

Seit Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland fehlen verbindliche Versorgungsstandards, die von den Kosten- und Leistungsträgern getragen werden. In einem in Nordrhein-Westfalen von 2004 bis 2006 realisierten Modellprojekt wurden solche Standards entwickelt und erprobt. Dabei zeigte sich, dass ein optimiertes Schnittstellenmanagement viel dazu beitragen kann, die Versorgung der Bewohner zu verbessern und Reibungsverluste abzubauen.

Einführung

Mit dem Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege" sollten geeignete Voraussetzungen zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen geschaffen und erprobt werden. Das Vorhaben wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesgesundheitsministerium und dem Sozialministerium des Landes Nordrhein-Westfalen finanziert. Die Entwicklung der Versorgungsstandards und Qualitätskriterien hat das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) geleistet. Die Evaluation erfolgte durch die Forschungsgesellschaft für Gerontologie an der Universität Dortmund (FFG). Die Aufgabe des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V., Frankfurt/Main, bestand darin, die am Modellprojekt beteiligten 20 Einrichtungen bei der Umsetzung der erforderlichen organisatorischen und fachlichen Neuausrichtung in Form einer Organisationsberatung zu begleiten.

Projektelemente

Das Referenzprojekt beinhaltete die Entwicklung einer Vielzahl von Einzelelementen. Hierzu gehörten unter anderem die Entwicklung von Leistungsbeschreibungen zur Systematisierung der Pflege sowie von Anforderungen für eine zuständige Pflegefachkraft, die Optimierung der Pflegedokumentation sowie Rahmenkonzepte für zentrale Arbeitsabläufe (wie zum Beispiel Heimeinzug, Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, Zusammenarbeit mit Angehörigen, nächtliche Versorgung, Sterbebegleitung). Bei der Schaffung der notwendigen organisatorischen Voraussetzungen für eine Qualitätsverbesserung in den genannten Bereichen erhielt das interne und externe Schnittstellenmanagement eine besondere Bedeutung.

Schnittstellenmanagement

Schnittstellen sind grundsätzlich zentrale Transferpunkte zwischen Arbeitsbereichen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Eine mangelnde Koordination der Schnittstellen kann zu Reibungen und unterschwelligen Konflikten führen, Ressourcen werden nicht voll genutzt. Arbeitsabläufe geraten ins Stocken und die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner ist nicht optimal geregelt. Im Referenzmodell bedeutete Schnittstellenmanagement meist das (Wieder-) Zusammenführen von differenzierten Arbeitsbereichen. Dies kann am Beispiel der Schnittstellen Pflegeheim-Krankenhaus und Sozialdienst-Pflege beispielhaft beschrieben werden.

Schnittstelle Pflegeheim-Krankenhaus

In moderierten Analyseworkshops mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller Hierarchieebenen traten typische Reibungsflächen zutage. Nicht angekündigte Entlassungen von Bewohnern besonders zum Wochenende, schwer lesbare Arztbriefe, unzulänglich abgestimmte Überleitungsbögen und mangelnde gegenseitige Information der Institutionen waren hierbei herausragende Problempunkte.

Mit Unterstützung der Organisationsberatung entwickelten die Pflegeheime eine Strategie für eine direkte Kontaktaufnahme und Problemlösung mit den für die Alltagspraxis relevanten Krankenhäusern. Hierbei wurde das gegenseitige Verständnis für die jeweiligen Arbeitsabläufe gefördert, und es wurden vertragliche Regelungen in Form von Zielvereinbarungen getroffen. Es gelang, vorhandene Überleitungsbögen abzustimmen, klare Regelungen für den Umgang mit Arztbriefen und Überleitungsbögen zu vereinbaren und den Informationsfluss während des Krankenhausaufenthalts und bei Entlassungen zu verbessern.

Schnittstelle Sozialdienst-Pflege

Besonders für die Versorgung Dementer und Bettlägeriger hat die Zusammenarbeit von Sozialdienst und Pflege eine herausragende Bedeutung. Die Praxisanalysen zeigen jedoch, dass die beiden Arbeitsbereiche unterschiedliche Leitbilder verfolgen und sich auch im Hinblick auf Sprache und Konzepte unterschiedlich entwickelt haben. Während beispielsweise die Pflegeplanung und die Hilfe bei Alltagsverrichtungen in der Praxis fast ausschließlich eine Angelegenheit der Pflege sind, kümmert sich der Sozialdienst um die Biografiearbeit und organisiert die psychosoziale Betreuung. Der Austausch ist oft mangelhaft, die psychosoziale Betreuung nicht ressourcenorientiert geplant.

Durch die Zusammenführung von Sozialdienst und Pflege konnte die Versorgungsqualität gesteigert werden, die Pflegekräfte wurden graduell entlastet. Gemeinsame Fallbesprechungen und Übergabegespräche finden heute ebenso statt wie eine Qualifizierung der Angebotsstruktur in der psychosozialen Betreuung. Konsequenzen für das Qualifikationsprofil der Sozialdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter waren meist unumgänglich.

Schlussbemerkung

Die vorhandenen QM-Systeme führen in der Praxis zu einer immer größeren Aufgliederung in Details, die den Gesamtüberblick über die Aufbauorganisation, Ablaufprozesse und Schnittstellen zunehmend erschweren. Teilweise wird der „Wald vor lauter Bäumen“ nicht mehr gesehen und eine QM-Müdigkeit macht sich breit. Die Reduktion von Komplexität war in der Praxis meist ebenso erfolgreich wie die Anwendung von Analyse- und Planungsmethoden, die auf das Herstellen von Gesamtzusammenhängen ausgerichtet waren.

Literatur

Das Praxishandbuch mit allen Konzeptelementen sowie die Vorstudie können über www.referenzmodelle-nrw.de oder über das Landesministerium www.mgsff.nrw.de kostenlos heruntergeladen oder bestellt werden.

Mehr Effizienz durch qualitative Kennzahlen: Beispiel Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Plenum E

Sascha Saßen,
Unternehmensentwicklung und Organisation, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf

Um den Grad der Umsetzung relevanter Prozesse sowie deren Wirksamkeit nachweisen zu können, ist ein Prozess zu überwachen. Unter Zuhilfenahme von (qualitativen) Kennzahlen können einrichtungsinterne, periodische oder einrichtungsübergreifende Vergleiche durchgeführt werden. Ohne eine kontinuierliche Messung, Überwachung und Überprüfung des Verwirklichungsgrades und der Wirksamkeit der Prozesse wird einem Qualitätsmanagementsystem nicht hinreichend Rechnung getragen.

Ein Prozess, der nicht überwacht wird, ist auch nicht beherrschbar. Dieser Überwachungsvorgang nennt sich Audit. Ein solches Audit ist ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind (DIN EN ISO 9000:2000 Kap. 3.4.1; 3.9.3; 3.9.4). Ein beherrschter Prozess ist ein Prozess, bei dem sich die Parameter der Verteilung der Merkmalswerte praktisch nicht oder nur in bekannter Weise oder in bekannten Grenzen ändern. Sind die Ursachen für die Änderungen der Parameter auch nur teilweise unbekannt oder nicht korrigierbar, ist es ein nicht beherrschter Prozess (DIN 55350-11 Kap. 2.7.2).[1]

Risikoprozesse, besonders im Bereich der Dekubitusprophylaxe, sind also nach dieser Definition ohne Audits und die Nutzung von Kennzahlen (Parameter) nicht beherrschbar. Das entspricht auch einer alltagstauglichen Auffassung: Was ich nicht messe, kann ich nicht steuern, und was ich nicht steuern kann, kann ich auch nicht beherrschen und verbessern. Aus den Anforderungen der DIN EN ISO 9001:2000 (Kap. 4.1) ergibt sich die Notwendigkeit zur Messung und Überwachung der Prozesse, die zuvor von der Organisation als relevant beurteilt wurden. Zudem sind Audits auch immer Lernstandaudits der auditierten Mitarbeiter; so ergibt sich aus diesem Zusammenhang eine bedarfsbezogene Personalentwicklung mit dem Ziel hinreichender und angemessener Reproduktion der Kernprozesse. Ohne die Durchführung von Audits und die Überprüfung der Prozesswirksamkeit mittels Kennzahlen/Indikatoren ist das Verfahren der Erstellung und Freigabe von Verfahrensanweisungen per Definition der DIN EN ISO 9000:2000 nicht vollzogen. Eine Verifikation und Validation des Verfahrens ist somit nicht möglich.

Für die Erhebung von Kennzahlen ist zudem ein ordnungspolitisches Interesse des Gesetzgebers von Bedeutung: So fordern die gesetzlichen Vorschriften von den Leistungserbringern in der Altenpflege eine Vergleichbarkeit und Transparenz von Kosten und Qualität. Eine Leistungspflicht der Pflegekassen ergibt sich nur bei Vorliegen von Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit (Paragraf 4 Abs. 3 SGB XI).

Die Qualitätsverwirklichung in Pflegeheimen muss dagegen zum Ziel haben, unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten und gegebenen Ressourcen unnötige Methoden bei gleichzeitiger Optimierung des Wirkungsgrades (Effek-

tivität) zu verhindern. So gilt bei den Qualitäts-/Effizienz-Relationen, dass hohe Kosten nicht hohe Qualität garantieren, beziehungsweise auch unter niedrigen Kosten hohe Qualität möglich ist, und dass Kosteneinsparungen zu Qualitätsverlusten führen können, allerdings nicht notwendigerweise müssen, sondern unter Umständen auch Qualitätsverbesserungen nach sich ziehen können.[2]

Im Routinebetrieb von Pflegeheimen führt das qualitative Controlling pflegerelevanter Ergebnisse eher ein Schattendasein. Oftmals werden bei der Entwicklung der Verfahrensanweisungen die Controllingmethoden nicht mitbedacht. Auch hier stellt sich die Situation, unter besonderer Würdigung der Bedingungen, zum Beispiel in den USA, anders dar.

Publikationen ist zu entnehmen, dass auch hierzulande Daten für die Bereiche Sturz und Dekubitus vorliegen könnten, mit deren Hilfe die Bestimmung epidemiologisch begründeter Grenzwerte möglich wäre, sofern Pflegeeinrichtungen diese Daten regelmäßig erheben würden.[3] Ein Qualitätsmonitoring könnte zudem externe Prüfungen und Kontrollen des MDK im Wesentlichen auf anlassbezogene Prüfungen beschränken. In einer konsequenten Nutzung und Transparenz von Qualitätsindikatoren liegt damit auch ein erhebliches Potenzial für einen Bürokratieabbau in der Pflege. Im Nationalen Expertenstandard zur Sturzprophylaxe wird auf Ebene 6 bereits explizit gefordert, eine Analyse jedes Sturzereignisses vorzunehmen. Hier wird besonders auf den Zusammenhang zwischen dokumentierten Sturzereignissen, deren Auswertung und der anschließenden Analyse und Verbesserung oder Veränderung eines Verfahrens oder Verhaltens abgestellt. Gleiches intendiert die Norm der DIN EN ISO 9001:2000, ohne dass es in einem Standard explizit festgeschrieben sein muss. Im Expertenstandard zur Sturzprophylaxe wird das Vorliegen von (Kenn-)Zahlen zu Häufigkeit, Umständen und Art von Stürzen als Sorgfaltsmaßstab vorab definiert.

Dasselbe ist natürlich auch im Bereich der Dekubitusprophylaxe möglich und sinnvoll, ohne dass hier explizit im Expertenstandard darauf verwiesen werden muss. Dabei könnten sich die zu erhebenden Kennzahlen entweder auf das negative Ereignis (Dekubitus) oder auf die Risikoerkennungsquote (Personen im Risiko) stützen. Dies setzt voraus, dass routinemäßig (in definierten Abständen) Daten erhoben werden:

- Wie viele Patienten/Bewohner weisen ein Risiko auf, einen Dekubitus zu erleiden?
- Wie viele Patienten/Bewohner haben bereits einen Dekubitus Grad 1 oder höher?

Literatur

[1] Deutsches Institut für Normung e.V.: Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2000). Beuth, 2000

[2] Görres S: Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Hans Huber, 1999: 225; 228

[3] Faust R: Indikatoren zur Beurteilung pflegesensitiver Ergebnisqualität in Pflegeheimvergleichen. In: PrInterNet 2004;4: 228-229

Qualitätsmanagement: Mit integriertem Arbeitsschutz die MDK-Anforderungen erfüllen

Plenum E

Elinor Lorenz-Ginschel,
Auditorin DEKRA-Certification, Feldafing

Gemäß Paragraf 80 Abs. 2 SGB XI sind stationäre Altenpflegeeinrichtungen verpflichtet, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen und zu dokumentieren. Das **Pflegequalitätssicherungsgesetz** fasst die nachweisbare Qualität unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes zusammen.

Die Forderungen des MDK sind teilweise identisch mit den Normforderungen der DIN EN ISO 9001:2000. Deshalb liegt es nahe, ein QM-System so aufzubauen, dass beide Forderungen erfüllt werden können. Der integrierte Arbeitsschutz sichert durch gesunde Beschäftigte die Qualität der pflegerischen Leistungen auf hohem Niveau.

Pflegebedürftige Menschen sind in besonderem Maße auf die Sicherstellung einer qualitativ guten Versorgung angewiesen. Gesunde, gut informierte sowie fortgebildete Mitarbeiter sichern durch systematische, nachvollziehbare Strukturen und Prozesse die Qualität der Leistungen. Durch die Zusammenführung aller qualitätsrelevanten Faktoren besteht die Möglichkeit, ein tragfähiges und zukunftsorientiertes Managementsystem im Sinne einer Organisationsentwicklung einzuführen. Dies gelingt in einer gemeinsamen Anstrengung von Geschäftsführung und allen Leistungserbringern.

Die primären Zielsetzungen sind:
- Definition und Beschreibung der Prozesse in Zuordnung zu den Leistungen
- Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation dieser Prozesse

Ein Qualitätsmanagement-Handbuch, basierend auf der DIN EN ISO 9001:2000 und MAAS-BGW, ermöglicht es, Schwerpunkte zu setzen und Struktur sowie Inhalt vorzugeben.

Voraussetzung hierfür ist jedoch die Entwicklung von gemeinsamen Zielen, die auf einer zukunftsorientierten Qualitätspolitik basieren. Daraus lassen sich für alle Mitarbeiter verbindliche Qualitätsgrundsätze ableiten, die sich in der konkreten Pflegearbeit widerspiegeln. Des Weiteren sichern sie Verbesserungen in der internen Kommunikation und gestalten Betriebsabläufe transparenter.

Da eine Vielzahl von gesetzlichen, behördlichen und MDK-Forderungen in den Unternehmen umgesetzt werden, scheint es sinnvoll, Synergieeffekte zu nutzen und diese Forderungen zusammenzuführen.

Anhand der folgenden exemplarischen Übersicht soll verdeutlicht werden, wie viele Übereinstimmungen in den drei Systemen zu finden sind.

MDK	DIN EN ISO 9001:2000	MAAS-BGW
3.1 Aufbauorganisation Personal	Kap. 5.5.1 Verantwortung und Befugnis	Kap. 5.5.1 Verantwortung und Befugnis
Organigramm, Stellenbeschreibungen, betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung		
6.12 Sicherstellung der Informationsweitergabe	Kap. 5.5.3 Interne Kommunikation	Kap. 5.5.3 Kommunikation
Dienstübergaben, (multiprofessionelle) Teambesprechungen, Aushänge, Rundschreiben		
6.8 Fortbildungsplan	Kap. 6.2.2 Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung	Kap. 6.2.2 Fähigkeit, Bewusstsein und Schulung
Schulungsplan, Schulungsnachweise, Wissensweitergabe		
6.6 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	Kap. 8.2.3 Überwachung und Messung von Prozessen	Kap. 8.2.3 Überwachung und Messung von Prozessen
Fallbesprechungen, Pflegevisiten, Sturzanalysen		
2.2 und 2.4 Bewohnerorientierung	Kap. 5.2 Kundenorientierung	Kap. 5.2 Versichertenorientierung
Ermittlung der Bewohner-/Kundenanforderungen, Mitarbeiterorientierung		

Zusammenfassung

In den Einrichtungen der stationären Altenpflege wird hervorragende Arbeit geleistet. Darum ist es sinnvoll, die erbrachten Leistungen strukturiert zu erfassen, zu bewerten und Maßnahmen zu ergreifen, um im Prozess der kontinuierlichen Verbesserung zu bleiben, zum Wohle der Bewohner und Mitarbeiter. Nutzen Sie Ihre Möglichkeiten!

Schichtarbeit gesundheitsfördernd gestalten

Dr. Heike Schambortski,
BGW, Hamburg

Pflege ist eine Dienstleistung, die 24 Stunden am Tag an 365 Tagen im Jahr erbracht werden muss. Sie kann nicht eingelagert werden, sondern muss dann zur Verfügung stehen, wenn sie gebraucht wird. Auch wenn der Schichtdienst zu den Arbeitsformen gehört, die gesundheitlich am meisten belasten, lässt er sich in der Pflege nicht vermeiden. Nach Paragraf 6 des Arbeitszeitgesetzes ist die Arbeitszeit nach gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen menschengerecht und belastungsarm zu gestalten. Das stellt die Dienstplanung in Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen.

Die gesundheitlichen Auswirkungen von Schichtarbeit

Auch wenn das subjektive Gefühl der Beschäftigten häufig ein anderes ist: Man kann sich an Schichtarbeit nicht gewöhnen. Die innere Uhr des Menschen lässt sich nicht verstellen und das Schlafen auf Vorrat funktioniert nicht. Der Mensch ist als tagaktives Wesen in der Nacht auf „Ruhe" eingestellt. Auch wenn wir ohne Uhr leben, werden wir durch Helligkeit und Dunkelheit und unsere chronobiologische Uhr gesteuert. Jeder Mensch „tickt" zwar etwas anders, es gibt sowohl Früh- als auch Nachtmenschen, doch kann auf den Nachtschlaf nicht dauerhaft verzichtet werden. Der menschliche Rhythmus ist darauf eingestellt, dass in der Nacht die Leistungsfähigkeit und bestimmte Körperfunktionen heruntergefahren werden. Wer nachts arbeitet, muss sozusagen gegen die innere Uhr anarbeiten, sodass die gleichen Tätigkeiten 56 Prozent anstrengender sind als zur Normalarbeitszeit. Bei sehr frühen Frühdiensten, vor 7.00 Uhr morgens, und bei späten Spätdiensten, nach 23.00 Uhr abends, gibt es ähnliche Effekte. Die Folge: Ein chronisches Schlafdefizit, das zu Leistungsminderung, Gereiztheit, Appetitlosigkeit und einem erhöhten Unfallrisiko führen kann.

Wie sehr der Mensch auf den üblichen Hell-Dunkel- und Schlaf-Wach-Rhythmus eingestellt ist, zeigt sich daran, dass bestimmte Hormone, wie zum Beispiel das Melatonin, unter dem Einfluss von Dunkelheit vermehrt ausgeschüttet werden, während bei Helligkeit deren Produktion gehemmt wird. Häufige Nachtdienste führen – wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden – dazu, dass durch zu kurze Phasen der Dunkelheit im Körper ein Melatoninmangel entsteht. Melatonin hat aber eine vorbeugende Wirkung auf Darmtumore. Studien[1, 2] belegen, dass das Risiko, an Darmkrebs zu erkranken, für weibliche Pflegekräfte im Dauernachtdienst mit der Anzahl der Jahre steigt, die sie nachts gearbeitet haben.

Neben den biologischen Folgen belasten auch psychosoziale Auswirkungen Schicht- und Nachtarbeiterinnen. Die Teilnahme am sozialen Leben und das Familienleben sind durch Schichtarbeit stark eingeschränkt. Soziale Isolation und familiäre Schwierigkeiten können die Folge sein. Wenn das Schlafdefizit zu Gereiztheit führt, beeinträchtigt das wiederum die Familienmitglieder, die unter der unausgeschlafenen Nachtarbeiterin „leiden": Ein Teufelskreis, der ein hohes Konfliktpotenzial in sich trägt – besonders wenn Eltern „wegen der Kinder" nachts arbeiten und tagsüber für die Kinder da sein möchten.

Ein weiterer gesundheitlich relevanter Aspekt sind die veränderten Essenszeiten und Essgewohnheiten im Schichtdienst. Häufig verzichten Schichtarbeiter auf das Mittagessen und führen sich nachts anregende Getränke in großen Mengen zu. Nicht unerwähnt bleiben soll die Suchtgefährdung, die von Alkoholika oder Schlaftabletten ausgeht, die zur Überwindung von Einschlaf- oder Durchschlafstörungen konsumiert werden.

Gesundheitsfördernde Gestaltung von Schichtarbeit

Arbeitswissenschaftliche Empfehlungen an die Gestaltung von Schichtarbeit sind daher:

- nicht mehr als vier Nachtdienste hintereinander
- möglichst nach einer Nachtdienstphase lange Ruhephase von mindestens 24 Stunden
- geblockte ganze freie Wochenenden sind günstiger als einzelne freie Tage
- Mehrbelastung von Schichtarbeitern durch mehr Freizeit ausgleichen
- vorwärts rotierende Schichtsysteme (Früh-Spät-Nacht) sind günstiger
- schnell rotierende Schichtsysteme, beispielsweise nur zweimal hintereinander den gleichen Schichttyp, sind zu bevorzugen
- Freiwilligkeit bei der Schichtwahl ist günstiger, da derjenige, der selbst den Schichttyp wählt, ihn in der Regel besser „verträgt"
- klar definierte Pausen und ausgewiesene Pausenräume auch in der Nacht; Möglichkeit schaffen, warm zu essen beziehungsweise sich Essen aufzuwärmen und dieses in Gemeinschaft einzunehmen
- möglichst kein Frühdienst vor 7.00 Uhr und kein Spätdienst nach 23.00 Uhr
- keine überlangen Arbeitstage
- vorhersehbare und planbare Schichteinteilung
- eine ausreichende Beleuchtung in den Arbeitsräumen unterdrückt die Melatoninproduktion und hemmt so die Ermüdungstendenz
- Mitarbeiter darüber informieren, dass sie in gut abgedunkelten Räumen schlafen sollen, damit die Melatoninproduktion angeregt wird
- Personen über 50 Jahre sollten wegen der verlängerten Regenerationszeiten nicht im Nachtdienst eingesetzt werden, bei Schichtarbeit muss auf ausreichende Erholungszeiten zwischen den Diensten geachtet werden
- Beteiligung der Mitarbeiter bei der Gestaltung von Dienstplänen und der Veränderung von Arbeitszeitmodellen

Für die gesundheitsförderliche Gestaltung der Dienstpläne gibt es kein Patentrezept. Alle arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen gleichgewichtig umzusetzen wird kaum möglich sein. Daher ist es umso wichtiger, gemeinsam mit den Beschäftigten eine für die Einrichtung und die Bedürfnisse der Mitarbeiter angemessene Lösung zu finden. Das passiert beispielsweise in den al.i.d.a®-Projekten der BGW, die ebenfalls im Rahmen dieses Forums vorgestellt werden.

Literatur

[1] *Schernhammer ES et al.: Night-Shift Work and Risk of Colorectal Cancer in the Nurses' Health Study. Journal of the National Cancer Institute 2003;95(11): 825-828*

[2] *Schweflinghaus, W: Besser leben mit Schichtarbeit. BKK (Eigenverlag), 2006*

Personaleinsatzplanung: Wie man Pflege- und Betreuungspläne optimal gestaltet

Plenum F

Barbara Flöder,
Beraterin für Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen, Aachen

Spätestens seit Einführung des Pflegeversicherungsprozesses 1994 wird in Deutschland versucht, die Pflegeplanung als Grundlage des Arbeitsprozesses in der stationären Altenpflege zu implementieren. Die Pflegeplanung soll Aufschluss geben über den Pflege- und Betreuungsbedarf eines Bewohners. Sie ist die Grundlage eines jeden Pflegeprozesses. Leider findet sich in den Pflege- und Betreuungsplänen oftmals jedoch eine kleinzellig fragmentierte Prosa, die dergestalt keinen Bewohner abbildet, sondern nur eine Absichtserklärung des Möglichen ist.

Die Pflege- und Betreuungspläne müssen als eine Grundlage der Dienstplanung herangezogen werden, um sicherzustellen, dass die hinterlegten Maßnahmen auch tatsächlich durchgeführt werden können. Oftmals wird jedoch allein der Pflegeschlüssel umgesetzt: Die Personaleinsatzplanung und die Pflege- und Betreuungspläne bilden parallele Kreisläufe, obwohl sie doch eine große Schnittmenge haben! Insgesamt führen diese Umstände zu einer verminderten Akzeptanz des Pflege- und Betreuungsplans – er wird von vielen Einrichtungen als Bürokratisierung aufgefasst.

Der seit Jahren diskutierte Zeitdruck des Pflegepersonals und die damit in Zusammenhang stehenden psychosomatischen Erkrankungen, der vorzeitige Berufsausstieg des Pflegepersonals und die beklagte körperliche Erschöpfung sind zwar bekannt, jedoch wachsen auch die Anforderungen an das Pflegepersonal in den Altenpflegeeinrichtungen enorm – oftmals noch mehr als vom Gesetzgeber gewollt. Das Pflegeversicherungsgesetz schreibt ausschließlich eine fachlich korrekte Pflege- und Betreuungsplanung vor, die den Pflegeprozess widerspiegelt.

Die Widerspiegelung des Pflegeprozesses wird erzielt durch den Abgleich der Pflegeplanung mit der Dokumentation. In dieser werden die Leistungen bestätigt, die zuvor geplant wurden. Nach den Ausführungen des Gesetzes reicht es aus, wenn die Leistungen transparent dargelegt sind und deutlich wird, wer sie geplant und durchgeführt hat. Der Dokumentationsaufwand in den Einrichtungen ist jedoch beim Bestätigen aller Einzelleistungen oftmals so hoch, dass schnell mehrere Stunden pro Wohnbereich und Tag zusammenkommen, ohne dass die Sinnhaftigkeit hinterfragt wird. Bestätigt wird für den MDK, nicht aber zur Sicherstellung der pflegerischen Kontinuität.

Was muss geschehen, um eine bedarfsgerechte, fachlich einwandfreie Leistung zu gewähren?

Zunächst müssen Leitungskräfte ein sicheres Gefühl dafür bekommen, was von ihrem Personal innerhalb des Arbeitszeitbudgets zu erfüllen ist. Es ist notwendig, eine biografieorientierte Pflegeanamnese zu erstellen. Die überwiegende Anzahl der Einrichtungen stationärer Altenhilfe orientieren sich dabei an der Systematik der 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDLs) nach Prof. Dr. Monika Krohwinkel.

Im Anschluss an diese Anamnese ist es ratsam, die zusammengehörenden AEDLs auch gemeinsam zu bearbeiten. Liegen zum Beispiel Einschränkungen im Bereich „sich bewegen können" vor, ist es wahrscheinlich, dass auch Einschränkungen im Bereich „sich pflegen können" und „sich kleiden können" vorliegen. In der folgenden Pflegeplanung können diese Elemente also durchaus gemeinsam in der Problem- und Fähigkeitenbeschreibung sowie bei der Zuhilfenahme bestimmter Hilfsmittel (Ressourcen) beschrieben werden. Kleinzellig fragmentierte und damit dem Überblick abträgliche Einzelproblembeschreibungen entsprechen dagegen einer nicht mehr zeitgemäßen Planung. Ist nicht mit Pflegeproblemen zu rechnen, sondern liegen nur Einschränkungen aufgrund medizinischer Beeinträchtigungen vor, die eine selbstständige Befriedigung bestimmter Bedürfnisse nicht mehr zulassen, reicht es aus, die Leistungen in eine Tagesstruktur einzubinden und auf die Planung zu verzichten. In der Dokumentation wird die Tagesstruktur bestätigt, sodass der Leistungsnachweis vorliegt.

Der Verzicht auf die Pflegeplanung kann und wird sich bei Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen zumeist nicht auf alle Lebensbereiche beziehen. Es kann jedoch möglich sein, dass für bestimmte AEDLs eine Pflegeplanung angelegt wird, während für andere die Tagesstruktur ausreicht. Dieses Vorgehen setzt eine angemessene pflegerische Anamnese voraus, die verdeckte Probleme aufspürt (Risikopotenzialanalyse). Um nun den Bogenschluss zwischen dem zur Verfügung stehenden Arbeitszeitbudget und der Leistungsplanung herzustellen, ist es angebracht, auch die Leistungen der Pflegeplanung in die Tagesstruktur zu überführen. Die Maßnahmen zur Erbringung der Tagesstrukturen werden einzelnen Pflegepersonen zugeordnet. Auf diese Weise wird in der Arbeitszeiteinteilung der Pflegepersonen sehr schnell deutlich, was sie leisten können und was eine fiktive Absichtserklärung wäre.

Folgen Pflegeeinrichtungen dieser Vorgehensweise, werden ihre Leistungen transparent und nachvollziehbar. Dies dient dem Verbraucherschutz ebenso wie der Steigerung der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen: Sie haben das Gefühl, mit ihrer Arbeit fertig geworden zu sein, da diese im Vorfeld definiert wurde.

Risikomanagement: Fehler vermeiden, Schaden abwenden

Plenum G

Sascha Saßen,
Unternehmensentwicklung und Organisation, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf

Der Arbeitsalltag in der Altenpflege ist zunehmend von haftungsrechtlichen Fragestellungen und Anforderungen geprägt. Dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen risikoreich ist oder sein kann, steht wohl außer Frage. Vorrangig ist dieses Risiko den Bereichen der Dekubitus- und Sturzprophylaxe anhängig. Ein ähnliches Risiko besteht unweigerlich im Bereich der Mangelernährung, im Umgang mit Gewalt in der Pflege und im unsachgemäßen Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Ein – weit verbreitetes – naturwissenschaftlich geprägtes, formal-normatives Risikoverständnis mit simplifizierenden Ursache-Wirkungs-Ketten wird dem Management dieser kernpflegerischen Felder nicht mehr gerecht und führt allzu sehr zu Steuerungsillusionen, die im Führungs- wie im juristischen Kontext folgenreiche Scheiterungsszenarien nach sich ziehen können.

Aus der Perspektive des Pflegemanagements kann Pflegewissenschaft also nicht mehr ohne die rechtswissenschaftliche Expertise gedacht werden. Keine der beiden wissenschaftlichen Disziplinen darf dabei isoliert betrachtet werden. Vielmehr ist eine managerielle Transaktionsleistung notwendig, um diese beiden Disziplinen – bezogen auf ein konkretes Fallkonstrukt – in einen sinnvollen Zusammenhang zu bringen.

Wie sind vor diesem Hintergrund inhaltlich die Vorgaben an die Mitarbeiter zu formulieren? Welche Instrumente und Methoden braucht es, um diese Vorgaben korrekt zu implementieren? Wie stellt das Pflegemanagement die Passung zur vorhandenen Einrichtungskultur her? Und wie bringt es Mitarbeiter dazu, jetzt genau dieses zu machen und jenes zu unterlassen – und möglicherweise in einem anderen Fall alles umgekehrt zu machen?

Genau diesen Fragen geht der vorliegende – systemtheoretisch reflektierte – Ansatz des Risikomanagements nach.

Das Thema kann dabei zunächst in zwei große Bereiche unterteilt werden:

1. managerielle Anforderungen (mit konkreten Verfahrensanweisungen und Arbeitshilfen)

2. kontextuale Reflexion und Intervention (systemische Betrachtungen und Kontextwissen, Vorstellung und Erläuterung von Methoden und Instrumenten)

Folgende Abbildung erläutert das integrative Konzept:

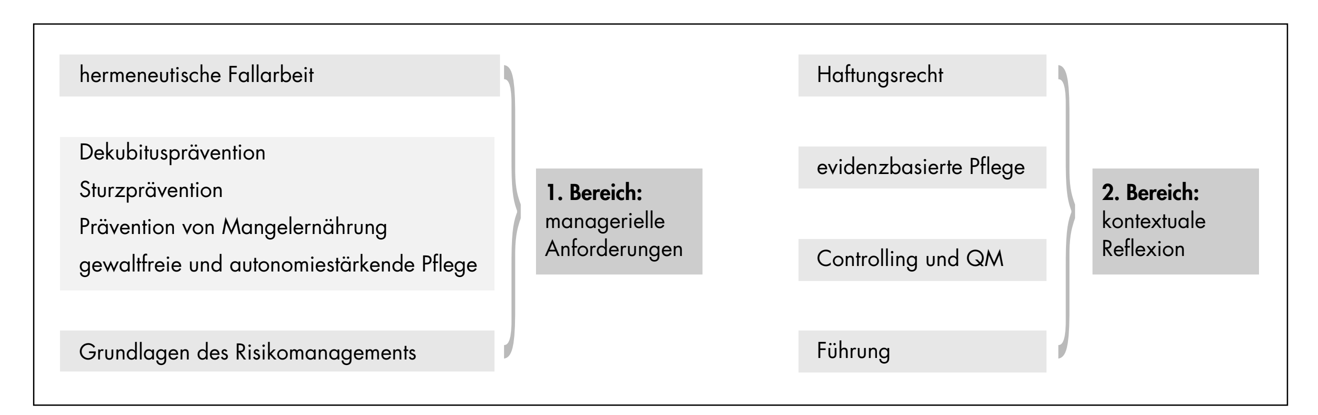


Abbildung 1:
Grundlagen, Voraussetzungen und Werkzeuge für ein suffizientes und nachhaltiges Risikomanagementsystem zum Einlösen des Vollzugs einer hinreichenden und angemessenen Lenkung pflegerischer Kernprozesse

Als Analysefolie dienen die Methoden und Prinzipien der HROs (High Reliability Organizations = hochrisikosensible Organisationen) nach Weick/Sutcliffe (2003). Die Transferleistung auf den pflegemanageriellen Kontext erfolgt für die vorgenannten Felder. Zur manageriellen Operationalisierung dienen Verfahrensanweisungen. Der Rahmen der Verfahrensanweisungen entspringt den Forderungen der Prozesslenkung aus der DIN 55350-11, Abschnitt 2.12.3.1 zur Erstellung von QM-VA. Die Inhalte dieser Anweisungen entstammen den besten derzeit zur Verfügung stehenden Nachweisen aus der Literatur und Forschung (Leitlinien und Expertenstandards).

Mit der hermeneutischen Fallarbeit (HFA) werden die genannten Inhalte bezogen auf eine konkrete Bewohnerfallsituation zur Anwendung gebracht. Die HFA thematisiert dabei Fragen des Verhaltens in der konkreten Situation und somit die erforderlichen performativen Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Deregulierung und wachsende Eigenverantwortung

Plenum G

Dr. Klaus Gregor,
Richter am Landgericht,
Würzburg

Seit Einführung des Arbeitsschutzgesetzes im Jahr 1996 fordert der Gesetz- und Verordnungsgeber von den Arbeitgebern eigene Lösungen zur Arbeitsschutzvorsorge. In Fachkreisen ist seither von der Gefährdungsbeurteilung die Rede. Es gibt sogar Stimmen, die meinen, die Gefährdungsbeurteilung gefährde die Führungskräfte.

Grundlegende Veränderungen sind jedoch durch dieses Instrument der Vorausschau nicht eingetreten. Schon immer war das Suchen und Finden von Gefahren ein Teil der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers. Dies schon allein deshalb, weil rechtlich vorwerfbares Verhalten zumindest Fahrlässigkeit und damit das Beachten der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt erfordert. Für den Arbeitgeber bedeutet dies, die in seinem Wirkungsbereich erkennbaren Gefahren zu ermitteln, zu bewerten und auf das für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zumutbare Maß zurückzuführen. In Betrieben mit elf und mehr Mitarbeitern ist dieser Vorgang sogar schriftlich niederzulegen.

Wer seine „Hausaufgaben" gemacht hat, kann nach einem Unfall seine Gefährdungsbeurteilung vorlegen. Daraus lassen sich die vorhersehbare Gefahr, die Unterweisung und das unterweisungswidrige Verhalten eines Mitarbeiters ableiten. Anschließend stellt sich die Frage nach dem rechtlich Verantwortlichen.

Günstiger verlaufen hingegen die Ermittlungen, wenn das Unglück trotz einer Gefährdungsbeurteilung nicht vorhergesehen wurde. Dann besteht zunächst wegen der erfolgten Vorausschau die Vermutung, dass die Gefahr für die Menschen im ganz konkreten Betrieb nicht vorhersehbar war und deshalb auch nicht verantwortet werden muss. Anders stellt sich die Situation natürlich dar, wenn sich herausstellt, dass die Gefahren oberflächlich beurteilt wurden und deshalb die zum Unglück führende Gefahr leichtsinnig nicht erkannt wurde.

Für den Arbeitsschutz ist in erster Linie der Arbeitgeber verantwortlich. Deshalb muss er für eine Gefährdungsbeurteilung sorgen. Die bei dieser Arbeitsschutzarbeit anfallende Verantwortung ist spätestens seit Einführung der Betriebssicherheitsverordnung gewachsen, weil inzwischen zahlreiche Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften weggefallen sind. Während früher der Grundsatz galt, wer die Vorschriften der Berufsgenossenschaft einhält, hat die Vermutung des richtigen Verhaltens für sich, ist dieser einfache Zusammenhang heute nicht mehr so gegeben. Denn in weiten Bereichen beschreiben die Unfallverhütungsvorschriften nicht mehr konkret, wie sich ein Arbeitgeber verhalten soll. Damit hat der Arbeitgeber jetzt selbst die richtige Lösung zu finden – was zur wachsenden Eigenverantwortung führte und führt.

Da der Arbeitgeber in der Mehrzahl aller Fälle seine Arbeitsschutzverantwortung durch Pflichtenübertragung auf Führungskräfte weiterreicht, muss organisatorisch vorgegeben sein, wer auf welcher Ebene konkret die Gefährdungs-

beurteilung zu erstellen und auf dem neuesten Stand zu halten hat. Der „Vorgesehene" muss in der Lage sein, diese Aufgabe zu erfüllen. Er muss daher wissen, wie es geht. Zunächst sind die vom Gesetz- und Verordnungsgeber geforderten Vorgaben zu erfüllen. Dann muss beachtet werden, was der Hersteller einer Maschine oder eines Betriebsmittels in der Betriebsanleitung mitgibt. Selbstverständlich sind die von den Berufsgenossenschaften erlassenen Vorschriften, soweit sie den Arbeitsplatz betreffen, zu beachten. Denn all diese Vorgaben sind Hilfestellungen auf der Suche nach dem Vorhersehbaren. Hat der Verantwortliche alle Erkenntnisquellen insoweit ausgeschöpft, muss noch geprüft werden, ob weitere Gefahren aus eigener Erkenntnis bestehen und wie diese zu bewältigen sind. Dieser letzte Schritt ist die Gefährdungsbeurteilung im engeren Sinne – der Zuschnitt auf die Verhältnisse vor Ort.

Dieser komplexe Vorgang birgt zahlreiche Fehlerquellen: So kann eine Gefährdungsbeurteilung deshalb fehlen, weil bisher keine Führungskraft dafür eingeteilt worden war, sie zu erstellen (Organisationsverschulden). Ferner, weil die beauftragte Führungskraft keine Zeit hatte, die Gefährdungsbeurteilung zu erstellen. In diesem Fall steht der Schuldige fest, und es wird weiter zu fragen sein, ob der überwachende Vorgesetzte hätte bemerken müssen, dass die Gefährdungsbeurteilung fehlte. Denn von der nächsten Ebene kann erwartet werden, regelmäßig, vor allem aber bei Veränderungen im Arbeitsablauf und der Einführung neuer Techniken, zu prüfen, ob eine auf die neue Lage zugeschnittene Gefährdungsbeurteilung erstellt und in entsprechende Unterweisungen umgesetzt wurde. Es ist durchaus möglich, dass die mit der fehlenden Gefährdungsbeurteilung belegbare mangelhafte Vorausschau mehrere Führungskräfte in die rechtliche Verantwortung zieht.

Gefährdungsbeurteilung für die Praxis – Empfehlungen der BGW

Erhard Weiß,
BGW, Karlsruhe

Wirtschaftlich und gut kann nur der pflegen, der sicher und gesund pflegt. Fehler, Störungen oder Unfälle führen zu zusätzlichen Kosten und Zeitverlusten. Auch gesundheitlich belastende Arbeitsbedingungen beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter – das kann zum Beispiel eine Arbeitsorganisation sein, die vermeidbaren Stress und Zeitdruck verursacht.

Die Gefährdungsbeurteilung ist daher ein wichtiges Instrument, um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu fördern. Sie ist nicht nur eine Pflichtaufgabe für den Arbeitgeber, sondern leistet auch einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Pflegequalität sowie zur Minimierung von Risiken. Viele Altenheime und ambulante Pflegedienste empfinden die Gefährdungsbeurteilung jedoch als zu bürokratisch und nur schwer umzusetzen.

Im Jahr 2004 wurden unter anderem Betriebsräte im Dienstleistungsbereich befragt, warum keine Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt werden. Folgende Gründe wurden angegeben:

- andere betriebliche Erfordernisse sind wichtiger
- mangelndes Interesse bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Kosten für den Gesundheitsschutz sind zu hoch
- Verantwortlichkeit ist nicht geklärt
- Arbeitgeber ist vom Nutzen nicht überzeugt

2005 führte die bayerische Gewerbeaufsicht in Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eine Projektarbeit zum Thema „Arbeits- und Gesundheitsschutz in der stationären Altenpflege" durch. Insgesamt wurden 243 Altenheime aller Träger im Rahmen dieser Projektarbeit aufgesucht, das sind etwa 11 Prozent aller Altenpflegeeinrichtungen in Bayern. Es zeigte sich, dass die Anforderungen des „klassischen" Arbeitsschutzes zumindest in den wesentlichen, unmittelbar praxisbezogenen Anwendungen (Hautschutz – Ergonomie – Impfschutz) bekannt und ganz überwiegend auch erfüllt waren. Mängel zeigten sich in erster Linie hinsichtlich einer über diese typischen Gefährdungen hinausgehenden umfassenderen und systematischen Gefährdungsbeurteilung sowie bei Maßnahmen, die sich auf die Mitarbeiterunterweisung zum sicheren Umgang speziell mit biologischen Arbeitsstoffen beziehen.

Die betriebsärztliche und die sicherheitstechnische Betreuung waren zu einem hohen Prozentsatz (96,7 Prozent beziehungsweise 95,9 Prozent) gewährleistet. Eine Vorsorgekartei für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen lag in 87,2 Prozent der Einrichtungen vor. Ein Arbeitsschutzausschuss war zu 77,3 Prozent etabliert, wobei Arbeitsschutzausschusssitzungen jedoch häufig nur ein- bis zweimal jährlich abgehalten wurden (laut Arbeitssicherheitsgesetz mindestens einmal vierteljährlich). Die Gefährdungsbeurteilung war in 69,7 Prozent der Pflegeeinrichtungen erhoben und dokumentiert, psychische Belastungen je-

doch nur in 25,2 Prozent mit einbezogen und dabei häufig nur in wenigen Stichworten und nicht detailliert. Noch seltener wurden daraus konkrete Maßnahmen zur psychischen Belastungsreduzierung abgeleitet, und zwar insgesamt nur in 12,3 Prozent der besichtigten Altenpflegeeinrichtungen.

Bei der dritten Tagung der betrieblichen Handlungsträger im Arbeits- und Gesundheitsschutz/Gesundheitsförderung im August 2006 in Berlin zum Thema Erfahrungen aus zehn Jahren Praxis mit dem Arbeitsschutzgesetz und zukünftiger Handlungsbedarf – „Bilanz der Gefährdungsermittlungen und -beurteilungen in der praktischen Umsetzung im Dienstleistungsbereich" – wurden die durchgeführten Gefährdungsbeurteilungen im Dienstleistungssektor je nach Quelle mit 30 bis 60 Prozent angegeben. Gleichzeitig wurde jedoch deutlich aufgezeigt, dass es bei der qualitativen Umsetzung erhebliche Defizite gibt. Dies entspricht auch den Erfahrungen der BGW. Beispielhaft seien hier die Punkte Aktualität, nicht vorhandene oder unsystematische Dokumentation, nicht abgeleitete Maßnahmen, Nichteinbezug der Mitarbeiter, Nichteinbezug aller Arbeitsbelastungen und Gesundheitsgefährdungen, keine systematische Beurteilung, kaum Wirksamkeitskontrolle genannt.

Die Thematik „Gefährdungsbeurteilung in der stationären Altenpflege" kann zumindest in zwei betroffene Gruppen eingeteilt werden, denen es sich zu widmen gilt: In den Teil derer, die bereits auf dem Weg sind und eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt haben, und den Teil derer, die sich noch auf den Weg der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung machen müssen.

Der BGW wird oft mitgeteilt, dass die Gefährdungsbeurteilung zu formal, zu akademisch, ohne Überzeugung, ein Mengen- und Zeitproblem ist.

Auf dem Weg zur gesunden Arbeit in gesunden Organisationen muss jede Einrichtung viele Steine aus dem Weg räumen, Ängste und Vorbehalte und damit so manche Schwachstelle überwinden.

Ziel der BGW ist es, dass die Gefährdungsbeurteilung für alle Unternehmen der stationären Altenpflege im vertrauensvollen Miteinander quantitativ und qualitativ zufriedenstellend erfolgt. Die BGW versteht dabei unter „vertrauensvollem Miteinander", den Unternehmen ohne Gefährdungsbeurteilung den Weg zu ebnen und zugleich Unternehmen mit Gefährdungsbeurteilung Angebote für die Weiterentwicklung und Optimierung zu machen. Ziel ist es, durch die Gefährdungsbeurteilung und die Kenntnis der Handlungsfelder einen unternehmerischen Nutzen zu erzielen, Fehlzeiten im Unternehmen zu senken und Bedingungen zu schaffen, die eine langfristige Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter gewährleisten.

Nach dem Arbeitsschutzgesetz müssen alle Arbeitgeber – unabhängig von der Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – eine Gefährdungsbeurteilung für ihren Betrieb durchführen. Ziel ist es, Gefährdungen am Arbeitsplatz zu ermitteln und zu beurteilen, Arbeitsschutzmaßnahmen eigenverantwortlich festzulegen und ihre Wirksamkeit zu überprüfen. Ein Aufwand, der sich lohnt:

- Die systematische Vorgehensweise zeigt alle Gefährdungen im Betrieb auf. Diese frühzeitig zu erkennen verhindert Störungen im Betrieb und im Arbeitsablauf sowie Fehlzeiten durch Krankheit, Arbeitsunfälle, Berufsunfähigkeit. Man erspart sich damit zeit- und kostenintensive Nachbesserungen und sichert die Qualität seiner Arbeit.

- Die Gefährdungsbeurteilung trägt dazu bei, dass das Unternehmen wettbewerbsfähig bleibt. Denn Beschäftigte, die sich am Arbeitsplatz wohlfühlen, sind motivierter und leistungsfähiger. Sie erzielen gute Arbeitsergebnisse, liefern Qualität und sind freundlich zu Kunden und Patienten.

- Eine sachgemäß durchgeführte Gefährdungsbeurteilung trägt zur Rechtssicherheit bei. Sie ist das Werkzeug für eine sichere Dokumentation des verantwortlichen Umgangs mit dem Thema Arbeitssicherheit. Im Schadensfall hilft sie, das persönliche Haftungsrisiko zu begrenzen.

Im Folgenden werden Beispiele aufgezeigt, wie Unternehmen hinsichtlich der Gefährdungsbeurteilung durch die BGW begleitet werden können. Dabei steht im Vordergrund, einen leichten, unbürokratischen Weg für den Einstieg der 30 Prozent Unentschlossenen aufzuzeigen, diese nach und nach zu qualifizieren und dabei Nutzen und Chancen der Gefährdungsbeurteilung deutlich zu machen. Unternehmen der Altenpflege, die bereits eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt haben, sollen animiert werden, konsequent den Weg der Qualität oder sogar Exzellenz zu gehen.

Gefährdungsbeurteilung auf den Weg bringen

- **Selbstcheck Altenpflege/Ambulante Dienste**
  Als niedrigschwellige Gefährdungsbeurteilung im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) soll der Selbstcheck Mitgliedsbetrieben ermöglichen, (a) die Arbeitssicherheit und Gesundheitsförderlichkeit der Arbeit im Betrieb zu analysieren, (b) Defizite in der Organisation und Umsetzung präventiven Handelns im Betrieb zu erkennen und zu beheben sowie (c) Möglichkeiten und Chancen zur Verbesserung von Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erkennen und zu realisieren. Maßgebliche Unterstützung bei der Bewertung der Selbstcheck-Ergebnisse und der Identifikation von Verbesserungschancen leistet zum einen ein Benchmarking, das den Führungskräften den Vergleich ihrer Selbstcheck-Ergebnisse mit denen einer repräsentativen Stichprobe vergleichbarer Mitgliedsbetriebe erlaubt. Durch die BGW definierte Minimalanforderungen an die Organisation und Umsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes erlauben den Führungskräften zudem, entsprechende Defizite zu erkennen und zu beheben. Als explizit niedrigschwellige Gefährdungsbeurteilung soll der Selbstcheck mit einem Minimum an Aufwand und Kosten sowie ohne Hinzuziehung externer Unterstützung für die Mitgliedsbetriebe durchführbar sein. In diesem Zusammenhang sollten im Entwicklungsprozess Möglichkeiten und spezifische Anforderungen an einen EDV-basierten Selbstcheck beachtet werden.

Der Selbstcheck soll den Mitgliedsbetrieben Potenziale zur Verbesserung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz aufzeigen und macht damit die Chancen und gegebenenfalls Notwendigkeiten zur bedarfsorientierten Beratung und Unterstützung bei der Maßnahmenplanung und -umsetzung transparent. Die Selbstcheck-Ergebnisse sind damit die ideale Basis, auf der insbesondere die präventionsfachlichen Dienste Beratungs- und Unterstützungsangebote offerieren können. Daneben, beziehungsweise darüber hinaus, wird in Betracht gezogen, mit regional organisierten „Lösungsworkshops" den Führungskräften verschiedener Einrichtungen die Möglichkeit zu geben, im geschützten Rahmen auf der Basis der Selbstcheck-Ergebnisse erfolgreiche Praktiken zu identifizieren und auszutauschen. Der Selbstcheck Altenpflege führt zum ausführlichen BGW check und wird derzeit in Bayern, Hessen und Baden-Württemberg erprobt.

- **GefDok.Light UK**
  Dieses Angebot der Unfallkasse Baden-Württemberg, mit der die BGW eine Kooperation unterhält, setzt an einer einfachen Mitarbeiterbefragung zur Gefährdungsermittlung an. EDV-basiert werden Mitarbeiter oder Teams, zum Beispiel einer Pflegegruppe, zu den zehn gefährlichsten belastenden Tätigkeiten, Arbeitsmitteln, Arbeitsstoffen befragt, die nach ihrer persönlichen Meinung derzeit für sie selbst oder andere belastend oder gefährlich sind. Diese werden nach eigener Einschätzung in eine Rangfolge von 1 bis 10 gebracht, wobei Rang 1 am gefährlichsten und Rang 10 am wenigsten gefährlich ist. Damit ist ein wichtiger Schritt aus Sicht der Mitarbeiter und Vorgesetzten in Richtung Gefährdungsbeurteilung unternommen. Das Programm GefDok.Light UK begleitet das Unternehmen entsprechend.

Bestehende Gefährdungsbeurteilung qualitativ und quantitativ optimieren

- **BGW check**
  BGW check ist ein Leitfaden. In sieben Schritten erläutert die Handlungsanleitung, wie im Unternehmen auftretende Gefährdungen und Belastungen systematisch ermittelt, bewertet und die erforderlichen Maßnahmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter und Kollegen umgesetzt werden können. Man erfährt, auf welche Unterlagen zurückzugreifen und wo Unterstützung zu erhalten ist. Der Leitfaden gibt einen Überblick über die typischen Gefährdungen und Belastungen in Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten. Praxisbezogen beschreibt die Anleitung anhand von Beispielen, mit welchen Maßnahmen ein Betrieb seine Ziele im Hinblick auf Sicherheit und Gesundheit erreichen kann. Und er verweist auf technische Standards und Normen, weiterführende Informationen und gesetzliche Vorschriften. BGW check enthält mehrere vorbereitete Arbeitsblätter für die einzelnen Schritte einer Gefährdungsbeurteilung – als praktische Hilfe von der Erfassung bis zur Dokumentation.

- **BGW qu.int.as®**
  Die BGW hat für Einrichtungen in der Pflege, die sich Qualität als Unternehmensziel auf die Fahnen geschrieben haben, das Präventionsangebot „Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz" – kurz BGW qu.int.as – entwickelt. Betrieben, die bereits nach einem QM-System arbeiten oder Entsprechendes planen, bietet die BGW eine Möglichkeit, den Arbeitsschutz in die Prozesse zu integrieren, und fördert diese Leistung mit einer Prämie.

  Die Erfahrung ist: Arbeitsschutz lässt sich ideal mit betrieblichem Qualitätsmanagement verknüpfen. Das trägt entscheidend dazu bei, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und so die Leistungsqualität und Rentabilität des Betriebs zu steigern. Denn gesunde und motivierte Mitarbeiter sind das wichtigste Kapital eines Unternehmens.

  BGW qu.int.as steht für die zertifizierbare Integration des Arbeitsschutzes in betriebliche Qualitätsmanagementsysteme. Basis ist ein von der BGW entwickelter und erprobter Standard: die Managementanforderungen der BGW zum Arbeitsschutz. Sie erweitern den Kriterienkatalog der Qualitätsnorm um Anforderungen an die betriebliche Organisation des Arbeitsschutzes. Damit bietet die BGW dem Unternehmer ein Instrument, um sichere und gesunde Arbeitsbedingungen umfassend, wirksam und effizient zu gestalten. BGW qu.int.as richtet sich an Pflegebetriebe, die ein Qualitätsmanagementsystem (nach ISO 9001 und Diakonie-Siegel Pflege) aufgebaut oder in Planung haben. In der Praxis zeigt sich, dass Betriebe, die bereits viel in den Arbeitsschutz investiert haben, über eine gute Ausgangsposition verfügen. Der Betrieb sollte zudem bereit sein, finanzielle und personelle Ressourcen für die Umsetzungsphase zur Verfügung zu stellen.

  BGW qu.int.as zielt auf systematischen Arbeitsschutz und leistet dabei viel mehr: Transparente Strukturen, definierte Arbeitsabläufe und klare Verantwortlichkeiten steigern die Leistungsfähigkeit des Betriebs und die Motivation sowie die Arbeits- und Lebensqualität der Mitarbeiter.

Die hier aufgeführten Beispiele sollen einen Weg aufzeigen, wie mit niedrigschwelligen Angeboten ein Einstieg in die Gefährdungsbeurteilung gefunden werden kann und wie darauf aufbauend mit weiterführenden praxisorientierten und branchenbezogenen Angeboten qualitativ und quantitativ die Gefährdungsbeurteilung umgesetzt werden kann – bis hin zur Integration in eigene Managementsysteme, die langfristig Nutzen schaffen.

Forschung für die Pflege: Welche Körperhaltungen belasten den Rücken?

Sonja Freitag,
BGW, Hamburg

Beschäftigte in Pflegeberufen sind hohen körperlichen Belastungen ausgesetzt. Dabei leiden Pflegekräfte besonders oft an muskuloskelettalen Beschwerden im Bereich des Rückens. Bislang gilt der Patiententransfer als ein wichtiger Faktor für die Entstehung von Rückenbeschwerden. Jedoch ließ sich bei entsprechenden Interventionsmaßnahmen, die überwiegend auf technischen Trainings zum Patiententransfer basieren, allein kein ausreichender Erfolg nachweisen. Deshalb müssen weitere Faktoren ermittelt werden, die zu Rückenbeschwerden führen können.

Mit der Entwicklung eines neuen personengebundenen Messsystems, das die Bewegungsmuster des Probanden unter realen Arbeitsbedingungen erfasst, ist es im Pflegebereich erstmalig möglich, eine objektive, kontinuierliche und detaillierte Erfassung der Körperhaltungen und Aktivitäten der Pflegekräfte unter Praxisbedingungen durchzuführen. Für die Erfassung der Körperhaltungen wurde das im Berufsgenossenschaftlichen Institut für Arbeitsschutz (BGIA) entwickelte personengebundene Messsystem CUELA (Computer-unterstützte Erfassung und Langzeitanalyse von Muskel-Skelett-Belastungen) eingesetzt. Mithilfe von Sensoren werden sowohl Oberkörper- und Beinhaltungen als auch Fußdruckkräfte erfasst.

Die an den Gelenken und am Oberkörper angebrachten Sensoren liefern dabei die erforderlichen Lage- beziehungsweise Winkelinformationen und ermöglichen so die kinematische Rekonstruktion der Bewegungen des Probanden. Die Bewegungen des Oberkörpers werden mithilfe der entsprechenden Sensoren in drei Ebenen aufgezeichnet. Die erste Ebene umfasst die Rumpfneigungen nach vorn. In der zweiten Ebene wird die seitliche Bewegung – von der Mittelachse weg – erfasst. Die Verdrehung des Oberkörpers zwischen der Brustwirbelsäule und der Lendenwirbelsäule wird als Torsion definiert und stellt die dritte Bewegungsebene dar. Zur Erfassung der Beinbewegungen werden die Gelenkwinkelstellungen der Hüft- und Kniegelenke erfasst.

Alle erforderlichen Systemkomponenten befinden sich am Probanden und werden über Akkus betrieben, sodass keine Verbindung zu externen Komponenten erforderlich ist und der Proband sich frei in seinem gesamten Arbeitsfeld bewegen kann.

In zwei Kliniken wurden insgesamt 24 Arbeitsschichten in unterschiedlichen Abteilungen messtechnisch erfasst. Dazu zählten zwei internistische, zwei chirurgische und eine geriatrische Krankenpflegestation sowie zwei kardiologische Wachstationen und ein Operationsbereich. Alle Arbeitsschichtmessungen wurden jeweils im Frühdienst durchgeführt. Alle Probanden waren angewiesen, während der Messtage ihren üblichen Arbeitsablauf beizubehalten und nicht aufgrund der Messung bestimmte Tätigkeiten vermehrt oder gar nicht auszuführen. Den Probanden wurde direkt nach der Übergabe vom Nachtdienst das Messsystem angelegt und die Messung wurde gestartet. Danach begannen die Pflegekräfte mit ihrer Arbeit; alle Bewegungen und Tätigkeiten wurden – mit

Ausnahme der Frühstückspause – kontinuierlich durch das Messsystem und ergänzend durch eine Videokamera erfasst. Die Pflegekräfte gaben an, dass sie nach dem erstmaligen Anlegen des Systems eine kurze Eingewöhnungsphase benötigten, danach aber das System problemlos zu tragen war und nicht bei der Ausführung der täglichen Arbeit behindert hat.

Ergonomische Bewertung
Die ergonomische Bewertung – bezogen auf den Bewegungsbereich des Oberkörpers – erfolgt auf der Grundlage unterschiedlicher Normen (DIN EN 1005-4, DIN EN 1005-1, ISO 11226). Dabei werden die folgenden Kriterien untersucht:

- **Abweichung der Gelenkwinkel von der Neutralstellung:**
  Hier wird untersucht, wie weit sich die Pflegekräfte beispielsweise nach vorn oder zur Seite beugen und wie häufig diese Bewegungen während einer Arbeitsschicht vorkommen.

- **Statische Haltungen:**
  Nach der Norm DIN EN 1005-1 werden Körperhaltungen, die unter gleichbleibendem oder gering veränderlichem Kraftniveau länger als vier Sekunden eingehalten werden, als statische Haltungen bezeichnet. Daher werden alle Oberkörperbewegungen außerhalb des Neutralbereichs dahingehend untersucht, ob sie länger als vier Sekunden andauern, und anschließend wird die Häufigkeit ermittelt.

- **Hohe Bewegungsfrequenz:**
  Eine Oberkörperbewegung außerhalb des Neutralbereichs, die öfter als zweimal pro Minute über einen längeren Zeitraum ausgeführt wird, wird von der DIN EN 1005-4 als eine Körperbewegung mit hoher Frequenz definiert und als nicht mehr akzeptabel bewertet. So wird beispielsweise untersucht, ob die durchschnittliche Häufigkeit der Oberkörperneigungen über 20 Grad die Frequenz von zweimal pro Minute während einer gesamten Arbeitsschicht überschreitet.

Zusätzlich wird die Häufigkeit aller Tätigkeiten mit Lastentransfer ermittelt, bei denen eine hohe Druckbelastung der Bandscheibe L5/S1 nachgewiesen wurde. Dazu gehören der Transfer von Patienten, wie zum Beispiel das Umsetzen von der Bettkante in den Rollstuhl oder das Aufrichten des Oberkörpers im Bett, aber auch Tätigkeiten, bei denen Gegenstände (Wäschesäcke, Bettgitter, Geräte et cetera) bewegt werden.

Obwohl an den Messtagen in den beiden inneren und den beiden chirurgischen Stationen sowie in der Geriatrie alle Betten belegt waren und in allen Abteilungen bettlägerige und pflegebedürftige Patienten zu versorgen waren, wurden dort im Mittel nicht mehr als 22 Transfervorgänge (Patienten und Material) pro Arbeitsschicht durchgeführt. Die Zeit, die für diese Transfervorgänge benötigt wurde, betrug im Mittel weniger als drei Minuten pro Arbeitsschicht. In diesen drei Minuten sind neben dem Transfer von Materialien ausschließlich

die Phasen des Patiententransfers enthalten, in denen der Patient tatsächlich angehoben werden musste. Vor- und Nachbereitungen, die bei den meisten Patiententransfers in hohem Maße erforderlich sind, sind in dieser Zeitspanne nicht enthalten. Würde man lediglich die reinen Hebevorgänge für eine Belastungsanalyse heranziehen, so blieben 99 Prozent der hier gemessenen Arbeitszeit unbewertet.

Die Auswertung der gemessenen Körperhaltungen hingegen zeigt, dass die Probanden im Laufe einer Arbeitsschicht eine Vielzahl von ungünstigen Körperhaltungen einnahmen, die anhand der beschriebenen Normen als kritisch bewertet werden können. Dazu gehören unter anderem die Rumpfneigungen nach vorn über 20 Grad, die bis zu 1.700-mal pro Arbeitsschicht eingenommen wurden. Darin enthalten sind bis zu 310 statische Rumpfneigungen, die länger als vier Sekunden andauerten. Aber auch die starken Rumpfneigungen über 60 Grad wurden mit einer Häufigkeit von bis zu 350-mal pro Arbeitsschicht gemessen. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass bei einer zeitlichen Aufsummierung aller Rumpfneigungen über 20 Grad die Pflegekräfte bis zu zwei Stunden pro Arbeitsschicht in einer vorgeneigten Haltung verbringen.

Die Untersuchung der Tätigkeiten, die vorrangig zur Entstehung von ungünstigen Körperhaltungen beitragen, ist ein wichtiger Faktor für die Entwicklung von Präventionskonzepten. Nur mit der Kenntnis, welche Tätigkeiten belastende Körperhaltungen hervorrufen und vor allem wie häufig diese während einer Arbeitsschicht vorkommen, können gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der ungünstigen Körperhaltungen entwickelt werden. Die vorliegende Studie zeigt, dass die Tätigkeitsbereiche „Bettenmachen", „Grundpflege" und „Aufräumen/Putzen" zu den Bereichen gehören, bei denen sowohl die starken Rumpfneigungen als auch die statischen Haltungen am häufigsten eingenommen werden. So kann die Pflegekraft beispielsweise durch eine konsequente Anpassung der Betthöhe dafür sorgen, dass sie so lange wie möglich in einer neutralen Oberkörperposition arbeitet, was zu einer deutlichen Reduzierung der Belastung führen würde.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auf, dass Transfertätigkeiten nur einen sehr geringen Zeitanteil an der Arbeitsschicht ausmachen, die Pflegekräfte aber sehr häufig ungünstige Körperhaltungen einnehmen, die anhand von entsprechenden Normen als kritisch bewertet werden können. Besonders die Pflege älterer Patienten scheint mit einer höheren körperlichen Belastung infolge von vermehrt auftretenden ungünstigen Körperhaltungen für die Pflegekraft verbunden zu sein. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen daher nahe, das Bewusstsein im Hinblick auf solche Belastungen zu schärfen, die täglich und sehr häufig während einer Arbeitsschicht auftreten, von den Pflegekräften jedoch als weniger auffällig empfunden werden. Die BGW vermutet, dass Maßnahmen wie die konsequente Anpassung der Höhe des Patientenbetts und die Schaffung von geeigneten Ablagen in Verbindung mit der Verwendung von Hilfsmitteln beim Patiententransfer maßgeblich dazu beitragen können, die Vielzahl von belastenden Körperhaltungen und Bewegungen auf ein notwendiges Maß zu reduzieren und damit Rückenbeschwerden nachhaltig vorzubeugen.

Wirbelsäulenbelastung beim Bewegen von Patienten

Plenum H

Stefan Kuhn,
BGW, Mainz

In Kooperation mit dem Institut für Arbeitsphysiologie in Dortmund hat die BGW in den vergangenen Jahren mehrere Forschungsstudien zur Ermittlung von Wirbelsäulenbelastungen bei pflegerischen Tätigkeiten durchgeführt. Ziel dieser Studien war primär die Erfassung von Druckbelastungswerten der Lendenwirbelsäule zur Ermittlung/Berechnung der Berufskrankheit Nr. 2108 nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell. Der umfangreiche und langwierige Aufbau der Messsysteme erforderte gleichzeitig aber auch die Ermittlung von Druckbelastungswerten unter präventiven Gesichtspunkten.

Voraussetzung zur Ermittlung von Druckkraftwerten auf die Lendenwirbelsäule war eine „technische Nachbildung" der Bewegung der Körperachsen. Zur Erfassung der Körperhaltungen beziehungsweise -bewegungen wurden optoelektronische Systeme verwendet, die die Signale von Bewegungen der Pflegekraft mittels Infrarotmarker übertragen. Neben mehreren Kraftmessplattformen kamen auch Kraftaufnahmesensoren zum Einsatz. Alle pflegerischen Tätigkeiten und Patiententransfers wurden über Videokameras aufgezeichnet. Neben der Konstruktion eines Messbettes entstanden auch ein Messstuhl und ein Messboden. Die Messwerte sind einheitlich in konventioneller Pflege (keine Berücksichtigung von rückengerechten Arbeitsweisen) und optimiert – in rückengerechter Arbeitsweise – entstanden. Der Einsatz von kleinen Hilfsmitteln wurde ebenfalls mit einem im Verhalten passiven Patienten dargestellt. Der umfangreiche technische Aufwand erklärt die labormäßige Ermittlung von Druckbelastungswerten.

Die Auswahl der zu erfassenden und zu berechnenden Tätigkeiten konnte auf der Grundlage des BGW-Belastungskatasters mit der Auflistung von sicher gefährdenden Tätigkeiten in der Pflege getroffen werden. Hier sind unter anderem zwölf Tätigkeiten aus der Pflege gelistet, wie zum Beispiel einen Patienten/Bewohner vom Liegen zum Sitzen verlagern oder einen Patienten, der im Bett Richtung Fußende gerutscht ist, wieder höher verlagern. Da pflegerische Tätigkeiten in der Regel zusammengesetzte Tätigkeiten sind, die sich technisch nicht in einem Vorgang darstellen lassen, musste eine Vielzahl von Einzeltätigkeiten gemessen werden. Dies kommt auch der Bewertung von Tätigkeiten zugute, die nicht im Belastungskataster aufgeführt sind.

Der Vergleich der epidemiologisch (durch Vergleich einer Vielzahl von arbeitstechnischen Beurteilungen zur BK 2108) ermittelten Druckbelastungswerte zu den durch die Forschungsstudien gewonnenen Werten zeigt für einige Tätigkeiten Werte in ähnlicher Größenordnung, in anderen Fällen aber deutliche Unterschiede. Dabei liegen die Werte der Messungen in den meisten Fällen höher als in der vorläufigen epidemiologischen Beurteilung. Dies ist ein entscheidendes Ergebnis für die Bewertung der Maßnahmen technisch-baulicher, organisatorischer und personenbezogener Maßnahmen. Nach den neuen Messwerten können sich die Tagesdosiswerte um bis zu 15 Prozent steigern. Die Lebensdosiswerte werden so im Einzelfall etwa zweieinhalb Jahre früher erreicht.

Jedoch zeigt die Studie auch, dass mit dem Einsatz optimierter Pflege die Wirbelsäulenbelastung zwar häufig verringert wird, jedoch weiterhin, insbesondere für weibliche und ältere Pflegekräfte, Überschreitungen der Richtwerte auftreten. Die Forschungsstudien haben auch gezeigt, dass einige Tätigkeiten in der Pflege nur optimiert oder mit Hilfsmitteln ausführbar sind. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeit „Höherlagern im Bett" von der Längsseite aus, die sich als eine der hoch belastenden Tätigkeiten in der Pflege herausgestellt hat. Im Verlauf der Studien konnte nachgewiesen werden, dass durch den Einsatz von kleinen Hilfsmitteln die Belastungswerte um bis zu zwei Drittel gesenkt werden können.

Was kann den Rücken stärken? Der Ansatz der Salutogenese

Dr. Anne Flothow,
Institut für Gesundheitsmanagement, Hamburg

Rückenschmerzen sind ein gravierendes sozialmedizinisches und gesundheitsökonomisches Problem. Trotz aufwändiger Diagnostik und einer Fülle von therapeutischen Ansätzen – ob klassisch-konservativ, minimal-invasiv oder offen-operativ – stellen Rückenschmerzen in Deutschland unverändert eines der teuersten Gesundheitsprobleme dar und die Zahl der Rückenschmerzpatienten ist in den letzten Jahrzehnten unverändert hoch. Nationale und internationale Studien zeigen, dass mindestens 80 Prozent der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen mindestens einmal im Leben unter Rückenschmerzen leiden (Lebenszeitprävalenz). Die Punktprävalenz beträgt 30 bis 40 Prozent, das heißt, etwa jeder dritte Erwachsene bejaht die Frage „Haben Sie heute Rückenschmerzen?".

Rückenschmerzen sind ein Symptom, keine Diagnose. Sie lassen sich nur bei jedem fünften Patienten auf ein spezifisches Störungsmuster wie Bandscheibenvorfälle, rheumatische Erkrankungen oder Frakturen zurückführen. Etwa 80 Prozent der Rückenschmerzen gehören zur Gruppe der unspezifischen Rückenschmerzen; das heißt, subjektives Empfinden, radiologische Befunde und Störungen der Funktionsfähigkeit sind häufig nicht in Einklang zu bringen. Dabei beeinflussen biologische, psychologische und soziale Faktoren das Rückenschmerzgeschehen in einem komplexen Zusammenspiel.

Grundsätzlich haben Rückenschmerzen eine gute Prognose. In den meisten Fällen sind sie nur von schwacher Intensität und kurzer Dauer. Nur etwa 10 Prozent der Betroffenen suchen einen Arzt auf, von diesen sind 60 Prozent bereits nach einer Woche wieder arbeitsfähig. Allerdings kommt es in vielen Fällen zu Rezidiven, die der Auftakt zu komplizierten Krankheitsverläufen sein können. Die hohe Rezidivneigung stellt zusammen mit der Möglichkeit der Chronifizierung der Beschwerden das größte Problem bei Rückenschmerzen dar. Etwa jeder zehnte Rückenschmerz-Betroffene entwickelt chronische Beschwerden, wobei diese 80 Prozent der Kosten verursachen.

Es stellt sich die Frage, ob sich spezifische Risiko- beziehungsweise Schutzfaktoren für die Entstehung oder die Chronifizierung von unspezifischen Rückenschmerzen identifizieren lassen.

Unter Risikofaktoren versteht man diejenigen Merkmale, von denen man annimmt, dass sie ursächlich an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Rückenschmerzen beteiligt sind. Die Ergebnisse vieler prospektiver Studien belegen dabei eindrucksvoll, dass psychosoziale Risikofaktoren die Chronifizierung deutlich besser vorhersagen als somatische Faktoren. Bei chronischen Schmerzen wird die schmerzbedingte Beeinträchtigung nur marginal durch das Ausmaß der diagnostizierbaren Körperschäden bestimmt und korreliert auch nur schwach bis mittelstark mit der berichteten Schmerzintensität. Dagegen sind kognitive, emotionale und Verhaltensaspekte sowie Prozesse des respondenten

und operanten Lernens für die Schmerzverarbeitung und -bewältigung von hoher Bedeutung.

Für folgende psychosoziale Parameter konnte eine hohe Evidenz nachgewiesen werden:
- anhaltende Alltagsbelastungen
- Depressivität
- schmerzbezogene Kognitionen
- Copingverhalten im Umgang mit Schmerzen
- geringer sozialer Rückhalt am Arbeitsplatz
- geringe Arbeitszufriedenheit

Diese Risikofaktorenanalyse („Was macht mich krank?") wird durch eine salutogenetische Perspektive ergänzt um die Suche nach Schutz- beziehungsweise Protektivfaktoren („Was erhält mich gesund?"). Unter Schutzfaktoren werden soziale beziehungsweise personale Einflussgrößen verstanden, die trotz bestehender Risikofaktoren zu einer Erhaltung oder Optimierung der Gesundheit beitragen.

Mögliche Einflüsse gesundheitlicher Schutzfaktoren auf die Entstehung beziehungsweise Chronifizierung von Rückenschmerzen sind bislang wenig systematisch untersucht worden.

Kann aufgrund der Ergebnisse der Risikofaktoranalyse umgekehrt auf potenzielle Schutzfaktoren rückgeschlossen werden? Das heißt, wenn eine geringe Arbeitszufriedenheit einen Risikofaktor für die Entstehung beziehungsweise Chronifizierung von Rückenschmerzen darstellt, ist dann umgekehrt davon auszugehen, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit vor Rückenschmerzen schützt (Haupteffekt)? Oder beeinflussen Schutzfaktoren Rückenschmerzen indirekt, indem sie zum Beispiel die stressbezogene Wahrnehmung von arbeitsplatzbezogenen Anforderungen verändern (Mediatoreffekt)? Ein dritter Erklärungsansatz zur Wirkungsweise von Schutzfaktoren wird als Moderatoreffekt bezeichnet. Dieser beschreibt die Wirkung von Protektivfaktoren im Sinne eines „Schutzschilds" oder eines „Puffers".

Ergebnisse einer (Querschnitt-)Studie, die unter anderem die Variablen „soziale Unterstützung am Arbeitsplatz" und „Arbeitszufriedenheit" im Hinblick auf ihre protektive Wirksamkeit untersucht hat, werden in diesem Vortrag auf dem bgwforum 2007 vorgestellt und insbesondere im Hinblick auf die Konzeption salutogenetischer Präventivprogramme diskutiert.

Im Beruf bleiben: Training und Beratung im BGW-Rückenkolleg

Plenum H

Lars Kaiser,
BGW, Hamburg

Immer wieder sind Beschäftigte im Gesundheitswesen gezwungen, ihren Beruf wegen einer Wirbelsäulenerkrankung, speziell im Lendenwirbelbereich, aufzugeben. Ein gezieltes berufsspezifisches Rückenkolleg kann die drohende Berufsaufgabe verhindern. Seit Anfang 1995 haben Beschäftigte des Gesundheitswesens die Möglichkeit, im Berufsgenossenschaftlichen Reha-Zentrum City Hamburg an einem dreiwöchigen ambulanten Rückentraining teilzunehmen. Ergänzt wird dieses Angebot der BGW durch medizinische Maßnahmen in Verbindung mit einem berufsspezifischen Training und einer individuellen Betreuung und Beratung durch Fachleute der BGW am Arbeitsplatz des Teilnehmers. Das Angebot, die Arbeitsweise und die Erfolge des Rückenkollegs werden im Folgenden vorgestellt.

Der Zwang zur Aufgabe der beruflichen Tätigkeit und damit verbundene Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben verursachen erhebliche Kosten und stellen immer ein besonderes, manchmal existenzbedrohendes Ereignis für die Betroffenen dar. Bereits Anfang 1990 hat die BGW deshalb im Rahmen der sekundären Individualprävention ein Konzept für Beschäftigte aus den Bereichen des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege entwickelt. Ziel dieser Maßnahme ist es, einer drohenden berufsbedingten Bandscheibenerkrankung der Lendenwirbelsäule zu einem möglichst frühen Zeitpunkt entgegenzuwirken. Gleichzeitig soll durch die Intervention die gesundheitliche Belastung reduziert und die Fortsetzung der (bisherigen) beruflichen Tätigkeit gesichert werden.

Wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme am Rückenkolleg ist die Ausübung einer wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit. Zusätzlich muss ein einschlägiges Krankheitsbild einschließlich entsprechender röntgenmorphologischer Veränderungen im Sinne der Ziffer 2108 der Berufskrankheitenverordnung (bandscheibenbedingte Erkrankung im Bereich der Lendenwirbelsäule) vorliegen. Wichtig ist dabei: Es kommt auf die objektivierbaren Befunde und nicht auf die vorliegenden Beschwerden an. Um eine schnelle Entscheidung über das Angebot zur Teilnahme am Rückenkolleg erreichen zu können, hat die BGW ein spezielles Verfahren entwickelt: Unmittelbar nach der Erfassung der Verdachtsmeldung wird ein Kontakt zum Versicherten hergestellt und die wichtigsten Informationen zur derzeitigen beruflichen Tätigkeit werden eingeholt. Nach Zustimmung des Versicherten erfolgt der Kontakt zum Arbeitgeber, gegebenenfalls zum Betriebsarzt und den behandelnden Ärzten. Somit ist zügig ein Überblick über den medizinischen Befund und die Art der ausgeübten Tätigkeit geschaffen. Liegen die Voraussetzungen vor, erfolgt die Einladung zum Rückenkolleg.

Das Rückenkolleg

Zentraler Standort des Rückenkollegs ist das Berufsgenossenschaftliche Rehabilitations-Zentrum City Hamburg. Die Teilnehmer, die überwiegend aus den Bereichen der Kranken- und Altenpflege stammen, sind über einen Zeitraum von drei Wochen in Appartements untergebracht. Die Maßnahme ist für alle Teilneh-

mer kostenfrei; dem Arbeitgeber werden für die Freistellung seiner Mitarbeiter die Bruttolohnkosten für den gesamten Zeitraum erstattet.

Die ganztägige Betreuung im Reha-Zentrum erfolgt durch ein besonders qualifiziertes Team und hat folgende Schwerpunkte:

- Übungen für die allgemeine körperliche Fitness und die Beseitigung muskulären Ungleichgewichts
- psychologische Betreuung (zum Beispiel bei der Schmerzverarbeitung)
- ein spezielles berufsspezifisches Training zum rückengerechten Patiententransfer
- Training von alltäglichen Bewegungsabläufen mit Belastung für die Wirbelsäule
- Vermittlung von Grundkenntnissen über Anatomie, Physiologie und Biomechanik der Wirbelsäule

Während ihres Aufenthalts werden die Teilnehmer zusätzlich ausführlich durch Experten der BGW beraten. Seit Oktober 2004 haben weit mehr als 2.000 Versicherte der BGW am Rückenkolleg teilgenommen. Die Betreuung der Teilnehmer durch die BGW endet dabei nicht mit dem Besuch des Rückenkollegs. Bei Bedarf findet im Anschluss an das Rückenkolleg eine Beratung am Arbeitsplatz statt. Nach einem Jahr besteht bei Bedarf außerdem die Möglichkeit der Teilnahme an einem Wiederholungskurs über den Zeitraum von einer Woche.

Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression

Plenum I

Annett Zeh,
BGW, Hamburg

Die Erfahrung von Aggressivität und Gewalttätigkeit durch Patienten, Klienten und Betreute gehört für viele Beschäftigte medizinischer, pflegender und sozialer Professionen zum beruflichen Alltag. Neben körperlichen Folgen kann das Erleben von Gewalt auch Angst, Scham, Entwertungs- und Bedrohungsgefühle bis hin zu psychischen Traumatisierungen auslösen. Der BGW werden jährlich über 4.000 meldepflichtige Unfälle gemeldet, die durch Menschen verursacht werden. Damit ist laut BGW-Statistik der Mensch der zweithäufigste Unfallauslöser bei meldepflichtigen Arbeitsunfällen. Hinter diesen Zahlen verbergen sich Unfälle, die überwiegend durch verwirrte, begrenzt zurechnungsfähige oder aggressive Menschen verursacht wurden. Die Zahlen zeigen aber vermutlich nur die Spitze des Eisbergs, da die Dunkelziffer auf bis zu 50 Prozent geschätzt wird.

Versicherungsrechtlich sind Verletzungen infolge eines sogenannten Übergriffs durch Patienten oder Klienten grundsätzlich Arbeitsunfälle. Das heißt, die Betroffenen stehen unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Um detaillierte Aussagen über die gemeldeten Übergriffe in den Mitgliedsbetrieben der BGW zu erhalten, wurden in der Bezirksstelle Delmenhorst von April 2000 bis Juni 2001 die rund 360 erfassten Übergriffe ausgewertet. Die Bezirksstelle Delmenhorst ist für annähernd zehn Prozent der Versicherten der BGW zuständig. Gemeldet wurden regelmäßig nur solche Übergriffe, die eine ärztliche Behandlung des Opfers erforderlich machten – die ausgewerteten Meldungen enthielten demnach keine Informationen über „Bagatellverletzungen“. Die BGW geht daher davon aus, dass die Zahl der Übergriffe, die ohne Behandlungsbedürftigkeit der Opfer einhergehen, um ein Vielfaches über den hier genannten Zahlen liegt. Die absolute Zahl der Übergriffe ist in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen am höchsten. An zweiter Stelle stehen Altenpflegeheime, gefolgt von Einrichtungen der Jugendhilfe und der Psychiatrie. In drei Vierteln aller Fälle sind die Opfer weiblichen Geschlechts.

Die Ursachen für somatische Verletzungen waren überwiegend Faust- und/oder Handschläge. Immerhin ein gutes Fünftel aller Verletzungen ging mit Bissverletzungen einher. Hierbei ist zu bedenken, dass Bissverletzungen mit zusätzlichen Infektionsgefahren verbunden sind – aus diesen erwächst dem Betrieb gegebenenfalls die Verpflichtung zur arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung mit dem Angebot adäquater Immunisierungsmaßnahmen. Gegenstände wurden im Verlauf der Auseinandersetzung nur selten eingesetzt, und wenn, dann waren es zufällig vorhandene Gebrauchsgegenstände, mit denen geschlagen oder geworfen wurde. Hinsichtlich der Verletzungsfolgen wird deutlich, wie wenig sich die psychischen Folgen in den Meldungen zeigen: Weder in den betrieblichen Unfallmeldungen noch in der Beschreibung der Unfallärzte oder in den Statistiken finden sich die psychischen Folgen für die Übergriffsopfer wieder. Fokussiert wird fast ausschließlich auf die körperlichen Folgen. Die Auswertung ergab, dass bei Opfern von Sexualdelikten Kratzwunden aus-

führlich beschrieben, die seelischen Folgen aber vollkommen ignoriert wurden. Hinweise auf psychische Beeinträchtigungen fanden sich nur dann, wenn das Opfer selbst die Unfallmeldung ausgefüllt hatte.

Und doch sind es häufig gerade psychische Belastungsreaktionen wie zum Beispiel Ängste und Befürchtungen, die eine Wiederaufnahme der Tätigkeit verhindern oder zu einem prophylaktischen Arbeitsplatzwechsel führen. Psychische Folgen müssen dabei nicht nur auf die unmittelbar Betroffenen beschränkt sein. Ein erlebter massiver Übergriff kann auch bei Zeugen zu einer erheblichen psychischen Belastung führen.

Betrachtet man die Berufspraxis der Opfer, wird schnell deutlich, dass vor allem Berufsanfänger eine besonders gefährdete Zielgruppe darstellen. Es ist anzunehmen, dass fehlende Sensibilität für kritische Situationen und fehlende Handlungsstrategien hierzu beitragen. Gerade diese Berufsgruppe sollte daher besondere Berücksichtigung in innerbetrieblichen Präventionskonzepten finden. Weitere Risikofaktoren sind die Betreuung von fremdaggressiven Menschen sowie Tätigkeiten in Einzelarbeitsplätzen und Notfallambulanzen. Auffällig ist die Erfahrung, dass einerseits Mitarbeiter über massive Übergriffe berichteten, während andererseits Führungskräfte diese Thematik als nicht relevant einstuften. Hintergrund für diese Diskrepanz ist eine häufig vorzufindende innerbetriebliche Tabuisierung der Gewaltthematik. Einen starken Einfluss auf die Ausprägung der emotionalen Reaktionen der Opfer nehmen individuelle und Umfeldfaktoren. Hierzu zählen unter anderem die Verfügbarkeit geeigneter Bewältigungsstrategien in der unmittelbaren Übergriffssituation sowie die Nutzung vorhandener Nachsorgemaßnahmen.

Pflegekräfte in der Altenpflege stehen bei zunehmender Multimorbidität der Bewohnerinnen und Bewohner verstärkt neuen Anforderungen gegenüber. Aggressives Verhalten gegenüber dem Pflegepersonal kann Ausdruck der erlebten Frustration darüber sein, fremden Strukturen hilflos ausgeliefert zu sein. Verletzte Autonomiebedürfnisse, Fremdbestimmung und Funktionsverluste spielen in die tägliche Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnerinnen und Bewohnern hinein. Diese Faktoren müssen berücksichtigt werden, wenn es um Maßnahmen der Prävention geht und die Entstehung von Gewalt und Aggression in der Altenpflege hinterfragt wird. Einrichtungen, die sich der Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen widmen, sehen Aggressivität und Gewalttätigkeiten traditionell als unvermeidbar an. Häufig sind Altenpflegeeinrichtungen auf die Bewältigung aggressiver Situationen jedoch nur unzureichend vorbereitet. Wichtigster Präventionsansatz ist eine innerbetriebliche Auseinandersetzung mit der Gewaltthematik. Dabei empfiehlt es sich, im Rahmen der erforderlichen Gefährdungsbeurteilung Anzahl und Art der Übergriffe zu erfassen. Erst die systematische Erfassung der Risikoarbeitstätigkeiten ermöglicht eine gezielte Intervention. Eine weitere Strategie, um den Umgang mit Gewalt und Aggression innerbetrieblich zu verbessern, ist die Vermittlung von Deeskalationsstrategien für die Beschäftigten.

Schulungsmöglichkeiten
Die BGW bietet ihren Mitgliedsbetrieben zwei Schulungsmöglichkeiten an. Schwerpunkt beider Programme ist die Vermittlung von Grundlagen und Hintergrundwissen, um Aggressionspotenziale rechtzeitig erkennen und reduzieren zu können. Das erste Angebot ist das dreitägige Seminar „Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression" (PUGA). In diesem Seminar werden die notwendigen Grundlagen vermittelt, um effektive und bewährte Maßnahmen innerbetrieblich anzuregen und die Umsetzung zu unterstützen. Dieses Angebot ist für Mitgliedsbetriebe der BGW kostenfrei. Das PUGA-Seminar wird auf dem bgwforum 2007 in einem eigenen Workshop vorgestellt.

Eine zweite Schulungsmöglichkeit, die zurzeit noch in der Testphase ist, ist die Teilnahme an einer umfassenden zwölftägigen Ausbildung. Ein Ziel dieser Ausbildung ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu Deeskalationstrainerinnen beziehungsweise -trainern zu qualifizieren, die innerbetriebliche Schulungen selbstständig durchführen können. Diese mit einem Kooperationspartner der BGW durchgeführte Ausbildung wird im Rahmen der Testphase von der BGW auf ihre Umsetzbarkeit geprüft und für die Dauer der Testphase finanziell subventioniert.

Unentbehrlich im Falle eines Übergriffs – insbesondere bei Kontakt mit körperlich überlegenen Angreifern – ist für alle Branchen die Möglichkeit, Hilfe herbeizurufen. Während dies bei mehreren anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch einen gegebenenfalls kodierten Zuruf erfolgen kann, müssen insbesondere gefährdete Einzel- oder Alleinarbeitsplätze technisch abgesichert werden. Während Telefone bei einem gerade erfolgenden Angriff als Alarmierungseinrichtung ungeeignet sind, lösen Personennotsignalanlagen bei Verlust oder bei Bewusstlosigkeit des Trägers willensunabhängig Alarm aus. Darüber hinaus tragen diese Geräte auch dem individuellen Sicherheitsbedürfnis Rechnung. Einige Institutionen haben besonders geschultes Personal in Rufbereitschaft, um insbesondere während der Abend- und Nachtstunden die erforderliche personelle Unterstützung gewährleisten zu können.

Häufig besteht eine Diskrepanz zwischen den Sichtweisen der Betroffenen und der Wahrnehmung und Interpretation durch Vorgesetzte und Arbeitskollegen. Fehlen dann betriebliche Regelungen zur Nachsorge, verstärkt sich der Druck auf die Mitarbeiter, die in einer emotionalen Extremsituation allein gelassen werden. Neben den Belastungen für die Mitarbeiter resultiert daraus auch für die Betreuten eine Gefährdung — durch mögliche Überreaktionen der Angegriffenen. Deshalb sollte, abgesehen vom Zugang zu einer medizinischen Versorgung, auch den psychischen Folgen eines Übergriffs adäquat begegnet werden. Betroffene reagieren häufig mit Angst, Ärger oder Selbstvorwürfen. Auch Scham spielt eine Rolle bei der Aufarbeitung des Erlebten. Um dem Sicherheitsbedürfnis Betroffener nach einem Übergriff gerecht zu werden, sollten diese so bald wie möglich aus der Konfliktsituation herausgenommen werden.

Die Information der Einrichtungsleitung oder eines festgelegten Ansprechpartners über einen erfolgten Übergriff ermöglicht es, Anteilnahme und Unterstützung im Rahmen eines Auffanggesprächs auszudrücken und die kurzfristigen nächsten Schritte zu besprechen. Langfristig kann auch das Angebot einer kurzzeitigen Arbeitskarenz oder eines (befristeten) Arbeitsplatzwechsels zur Entlastung beitragen. Auch wenn davon ausgegangen wird, dass die meisten Menschen mit ausreichend sozialer Unterstützung erlebte Übergriffe bewältigen können, kann im Einzelfall eine psychologische Fachberatung erforderlich werden. Bei Hinweisen auf psychische Beeinträchtigungen, die aus dem erlebten Übergriff resultieren, sollte daher umgehend Kontakt mit der zuständigen Bezirksverwaltung der BGW aufgenommen werden. Im Kontakt mit der BGW können dann die notwendigen therapeutischen Hilfestellungen zeitnah eingeleitet und die Kostenübernahme geklärt werden.

Strangulation: Die Risiken der Fixierung

Dr. Jutta Schöpfer,
Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, München

In Alten- und Pflegeheimen wie in Krankenhäusern gehört die Anwendung von Maßnahmen, die die individuelle Bewegungsfreiheit von dementen und psychisch kranken alten Menschen einschränken, gewissermaßen zum Pflegealltag. Am häufigsten werden freiheitsentziehende Maßnahmen bei Sturzgefährdung, Verhaltensstörungen, motorischer Unruhe und zur Sicherung von medizinischen Behandlungen eingesetzt.

Im gerichtsmedizinischen Obduktionsgut werden immer wieder Todesfälle von Heimbewohnern beziehungsweise Patienten im Zusammenhang mit Fixierungsmaßnahmen beobachtet. Die Kernfrage der Begutachtung ist, ob ein natürlicher oder ein nicht natürlicher Tod vorliegt. Ein natürlicher Tod liegt vor, wenn der Bewohner/Patient krankheitsbedingt verstorben ist. Dabei kann der Betroffene in der Agonie in eine abnorme Körperhaltung in der Fixierung gelangt sein, die nach der Auffindungssituation den Todesfall zunächst als unklar erscheinen lässt. Ein nicht natürlicher Tod ist gegeben, wenn die Fixierung selbst für den Todeseintritt verantwortlich war. In letzterem Fall handelt es sich zumeist um eine Strangulation.

Patienten und Methoden
Vom 1.1.1996 bis dato wurden am Institut für Rechtsmedizin München 33 Verstorbene untersucht, die zum Zeitpunkt des Todes mechanisch fixiert waren und deren Todesart vom Leichenschauarzt als „ungeklärt" beziehungsweise „gewaltsam" attestiert wurde. Die im Fixierungssystem Strangulierten wurden umfassend analysiert.

Ergebnisse
Unter den 17 Strangulationsfällen fanden sich 5 Männer und 12 Frauen. Das Durchschnittsalter der Betroffenen betrug 70 Jahre (41 bis 94 Jahre). Ein Großteil der Pflegedürftigen war dement, drei litten an einer Chorea Huntington – einer vererbbaren Nervenerkrankung, die zum Verlust der motorischen Kontrolle, zu Demenz und zu Wesensänderungen führt. Bei allen Betroffenen wurden die Fixierungsmaßnahmen aufgrund motorischer Unruhe und Sturzgefahr angewandt. Zwölf Todesfälle ereigneten sich in Pflege- und Altenheimen, drei in Krankenhäusern und zwei im häuslichen Bereich.

Bei sieben der Bewohner beziehungsweise Patienten kam es infolge einer Einklemmung durch ein Bettgitter und bei weiteren neun durch einen verschobenen Bauch- oder Beckensicherungsgurt zu einer Strangulation. Ein an Multipler Sklerose Erkrankter ist beim Training an seinem Freistehbarren infolge eines Defekts der elektrischen Gurtaufrollvorrichtung verstorben.

In einem Fall war der Fixiergurt sach- und fachgerecht angebracht worden. Bei allen anderen Betroffenen lagen Fehlanwendungen der Fixierungssysteme vor.

Fazit

Fixierungen können, wenn sie fehlerhaft angelegt werden, zum Tod der Betroffenen führen. In seltenen Fällen können sogar sachgerecht angebrachte mechanische Fixierungen tödliche Folgen haben.

Damit derartige Todesfälle verhindert werden, sollten alle Alternativen freiheitsentziehender Maßnahmen ausgeschöpft werden. Wenn mechanische Fixierungsmaßnahmen dennoch nicht vermeidbar sind, müssen diese unbedingt vorschriftsmäßig angewandt sowie die Bewohner beziehungsweise Patienten vom Pflegepersonal verstärkt betreut werden.

Demenz – was kann die Pflege erreichen? Plenum J

Margarete Decher,
Vorstand Zukunftsinstitut Pflege e. V., Castrop-Rauxel
Corinna Kronsteiner-Buschmann,
Zukunftsinstitut Pflege e. V., Castrop-Rauxel

Die Zahl der Demenzkranken in Deutschland wird sich voraussichtlich von derzeit mindestens 1,0 Millionen über knapp 1,4 Millionen im Jahr 2020 auf über 2,0 Millionen im Jahr 2050 erhöhen. Dies stellt Politik, Gesellschaft sowie Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme vor große Herausforderungen. Gerade das Thema Demenz ist heute noch mit vielen Tabus, Vorurteilen und Pauschalisierungen belegt. Beschrieben werden schwierige Situationen mit Menschen mit Demenz, die sogenanntes „herausforderndes Verhalten" (früher Verhaltensauffälligkeiten) zeigen. Dazu gehören zum Beispiel die „Weglauftendenz", „Aggression" und die „Tag-Nacht-Umkehr". Aufgrund dieser sehr krankheitsorientierten Betrachtungsweise wird in der Behandlung und Pflege auf das Reduzieren von beziehungsweise den Umgang mit den Symptomen fokussiert. Dies führt dazu, dass die Symptome mit medikamentösen Mitteln behandelt, durch Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder medikamentöse Ruhigstellung eingedämmt oder Maßnahmen entwickelt werden, die das „Ausleben" der Symptome ermöglichen. Wie zum Beispiel das Darbieten von Fingerfood oder Rundläufe im Garten, damit der Bewegungsdrang ausgelebt werden kann. Dies bedeutet, dass die Umwelt an die Symptome der Betroffenen angepasst wird, nicht an die Bedürfnisse der Menschen.

Erfahrungen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften des Vereins Zukunftsinstitut Pflege zeigen jedoch, dass die Anpassung der Umwelt an die Menschen mit ihrer Lebensgeschichte eine große Rolle spielt. Dazu gehört die Schaffung einer (Wohn-)Umwelt, die an Gewohntes und Vertrautes anschließt und die Möglichkeit für die Betroffenen bietet, auch in ihrem Alltagshandeln an alte Gewohnheiten anzuknüpfen. Dies bedeutet, dass sowohl die räumliche Umgebung wie auch der Umgang mit den Betroffenen so gestaltet werden müssen, dass es für sie normal ist (Normalisierungsprinzip).

Diese Sichtweise und die dazu nötige Haltung und Handlungskompetenz entsprechen nur begrenzt der heute anerkannten Arbeitsweise von Pflegenden. Die Pflegenden benötigen dazu Wissen und Methodenkenntnisse, die auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen, und eine Haltung, die das Verhalten von Menschen mit Demenz als einen Ausdruck von Bedürfnissen sieht. Letzteren gilt es ressourcenorientiert zu begegnen. Eine spezielle Qualifizierung der Pflegenden ist dafür unabdingbar. Der Verein Zukunftsinstitut Pflege hat deshalb ein Prinzip für den Umgang mit Menschen mit Demenz entwickelt und qualifiziert Pflegekräfte in Theorie und Praxis in Form von Beratung, Begleitung und Supervision. Die Erfahrungen zeigen, dass Menschen mit Demenz in den ambulant betreuten Wohngemeinschaften des Vereins wenig bis gar kein herausforderndes Verhalten zeigen.

Im Vortrag sowie in einem Workshop (WS D13) auf dem bgwforum 2007 soll aufgezeigt werden, mit welcher Lebensqualität und Selbstbestimmung Menschen mit Demenz in ambulant betreuten Wohngemeinschaften leben können und wieder ein relatives Wohlbefinden erreichen. Eine Fallbeschreibung macht

deutlich, wie Begegnung und Eingehen auf die Bedürfnisse dazu führen können, dass ein Mensch mit Demenz sein herausforderndes Verhalten beendet, ohne dass direkt auf das herausfordernde Verhalten reagiert wird: Eine Frau wurde durch Verweigerung von Bewegung, Sprache und Nahrung bettlägerig. Sie konnte durch das Angebot einer Umwelt, die ihr bekannt ist, und einen Alltag, der ihrem früheren Leben entspricht, dazu bewegt werden, wieder aufzustehen und ein paar Schritte zu gehen, selbstständig zu essen, an der Gemeinschaft teilzuhaben und sogar wieder Tätigkeiten nachzugehen, die sie als Hausfrau schon immer getan hat.

Die am Ende des Vortrags dargestellten Thesen, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz professionell begegnen zu können, sollen eine Diskussion anregen. Inwieweit ist herausforderndes Verhalten sozial bedingt? Welche Möglichkeiten und Grenzen hat professionelle Pflege, diesen Auffälligkeiten zu begegnen? Der Beitrag soll auch dazu anregen, Fragen aus der Praxis für die Pflegewissenschaft zu generieren.

Hinweis: Auf dem bgwforum 2007 findet ergänzend ein Workshop (WS D13) zum gleichen Thema statt.

Wohnformen: Was entlastet Demenzkranke und ihre Betreuer?

Plenum J

Jürgen Dettbarn-Reggentin,
Mitinhaber des Instituts für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS), Berlin

Die Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen verursacht im sozialen Umfeld der Erkrankten, insbesondere bei den Pflegenden, hohe Belastungen. Die krankheitsbedingten kognitiven Einbußen mit ihren Folgen in der Alltagsbewältigung und die nicht-kognitiven Verhaltensänderungen bis hin zu herausforderndem Verhalten erfordern einen besonderen Betreuungsaufwand, der in der häuslichen Versorgung häufig an die Grenzen der Pflegepersonen stößt. Mit der Versorgung in kleinen Wohn- und Hausgemeinschaften Demenzkranker scheint eine angemessene und für den Bewohner überschaubare Wohnform gefunden zu sein, die allen Seiten Vorteile bringt.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob die Erwartungen der Bewohner und ihrer Vertreterinnen und Vertreter ebenso wie die des Pflegepersonals erfüllt werden.

In einer Begleitstudie im Auftrag des vormaligen Ministeriums für Arbeit, Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen zur Wirkung des Wohngruppenmilieus auf Bewohner und Personal wurden von Beginn 2001 bis Ende 2003 sieben Wohngruppen in drei stationären Einrichtungen, davon drei Wohngruppen mit mittelschwer bis schwer demenziell erkrankten Bewohnern, wissenschaftlich begleitet. Die Untersuchung war als Längsschnittstudie mit drei Erhebungszeitpunkten, jeweils im Abstand von sechs Monaten, angelegt. Einbezogen wurde eine Vergleichsgruppe bestehend aus Bewohnern mit ähnlichen Merkmalen, die in einer „Normalstation" versorgt wurden.

Wohnumgebung – Milieu

Der Ansatz der Wohngruppenversorgung Demenzkranker in homogen zusammengesetzten Wohngemeinschaften geht von kleinräumigen Strukturen aus. Im vorgestellten Projekt lagen die Gruppengrößen bei 13 bis 15 Bewohnern. Üblich sind eher kleinere Gruppen von 6 bis 12 Bewohnern. Bei schwer demenzkranken Menschen kann davon ausgegangen werden, dass diese Anzahl im Gemeinschaftsbereich eine größere emotionale Nähe zwischen den Bewohnern fördern würde.

Das kulturelle Milieu wird von familienähnlichen Strukturen getragen und gefördert. Es wird nach dem demenzspezifischen „Normalitätsprinzip" betreut. Mit einer gemeinschaftsfördernden Umwelt wird in einem für die Bewohner überschaubaren Rahmen ein Gefühl der Sicherheit gegeben. Ein strukturierter Tagesablauf bei sehr individuell gehaltenen Spielräumen und mit einer personellen Kontinuität schafft eine persönliche Atmosphäre, in der die Pflege als Funktion in den Hintergrund tritt und das Wohnen mit seinen Alltagsbezügen – von menschlicher Nähe durch Präsenzkräfte begleitet – zur wesentlichen Lebensgestaltung befördert wird.

Kernbestandteil des milieuorientierten Versorgungskonzepts ist der Gemeinschaftsbereich mit seinem zentralen Treffpunkt, der Wohnküche. Hier finden die häufigsten Aktivitäten statt. Der eigene individuelle Wohnbereich (ganz überwiegend Einzelzimmer) tritt dagegen etwas zurück, verliert aber nicht völlig an Bedeutung.

Auswirkung auf kognitive und physische Fähigkeiten
Ein Hauptaugenmerk der Untersuchung galt der Wirkung von milieuorientierten Versorgungskonzepten auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Die Ergebnisse zeigen den Verlauf der Demenz als unumkehrbar auf. Jedoch wurden zwischen den Wohngruppenbewohnern und den Bewohnern in der Vergleichsgruppe Unterschiede gemessen: In den Wohngruppen war ein weniger starker Verlauf der Erkrankung zu beobachten. Unterschiede zeigten sich in der Orientierung (Gewinne bei den WG-Bewohnern), der Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit sowie der Sprachfähigkeit (deutlich geringere Verluste). Keine Unterschiede zwischen den Wohngruppen und der Vergleichsgruppe waren dagegen bei der Merkfähigkeit und der Erinnerungsfähigkeit zu sehen.

Ein ganz ähnliches Bild zeigte sich bei der Entwicklung der Fähigkeit der selbstständigen Bewältigung des Alltagslebens: Während einerseits der Abbau bei „harten" physischen Leistungen, die besonders viel Energieaufwand bedürfen – wie Gehen, Treppensteigen oder An- und Auskleiden –, in beiden Vergleichsgruppen voranschritt, zeigten die Leistungen, die etwas einfacher und leichter zu bewältigen waren, in den Wohngruppen eine positivere Entwicklung. Im Bereich „Stuhl- und Urinkontrolle" waren sogar Verbesserungen zu beobachten.

Sozialverhalten
Es gehört zu den wesentlichen Anforderungen an Wohngruppen Demenzkranker, die Unterstützung und Förderung sozialer Bezüge und die Integration in das soziale Umfeld zu sichern. Durch gruppenbezogene Tagesgestaltung soll dieser Anspruch umgesetzt werden. Generell hat in der Wohngruppenversorgung das soziale Verhalten der Bewohner eine leichte Verbesserung erfahren; das Sozialverhalten in der Kontrollgruppe veränderte sich dagegen im Untersuchungszeitraum durchgehend in abnehmender Tendenz.

Stimmung
Als Indikator für die Akzeptanz von Wohngruppen durch ihre Bewohner kann die Stimmung herangezogen werden. Der Stimmungsverlauf konnte sich im Untersuchungsverlauf in den Wohngruppen in allen gemessenen Einzelwerten verbessern. In der Kontrollgruppe nahmen die positiven Gefühlsäußerungen dagegen ab. Die Wohngruppenmilieus bieten offenbar mehr als angenehm empfundene Alltagssituationen, die positivere Gefühle wecken als dies in den „Normaletagen" der Fall ist.

Personalbelastung
Die Wohngruppenversorgung Demenzkranker ist gekennzeichnet durch veränderte Aufgabenbereiche und Arbeitsabläufe. Die Betreuung und Pflege wird in

persönlicher Atmosphäre und kontinuierlicher Alltagsunterstützung mit persönlichem Bezug (Bezugspflege) geleistet. Im Gegensatz zur weit verbreiteten Funktionspflege werden von den Pflegekräften in Wohngruppen nahezu alle anfallenden Arbeiten geleistet. Die Betreuung erfolgt nach dem Präsenzkraftprinzip und umfasst demgemäß hauswirtschaftliche Arbeiten, animierende oder aktivierende Tätigkeiten wie auch assistierende Unterstützung bei Alltagsaktivitäten. Mit den Veränderungen im Aufgabenprofil wurden auch veränderte Belastungen beobachtet. Die selbst empfundenen Körperbeschwerden lagen über dem Maß der Kontrollgruppe, wenn auch durchschnittlich nicht im gesundheitlich bedenklichen Bereich. Auch im Bereich psychischer Erschöpfung waren leicht höhere Werte zu beobachten, die jedoch ebenfalls nicht als bedenklich einzuschätzen waren. Die Werte für das Burn-out-Syndrom lagen leicht über denen der Kontrollgruppe in der „Normalstation", hatten aber noch keine Anzeichen von „Ausbrennen".

Als Ursachen für die höhere Belastung in den Wohngruppen konnten vorrangig
- hohe Arbeitsstundenzahlen und gewisse Personalfluktuationen,
- eine Zunahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und
- eine zu geringe Kenntnis im Thema Gerontopsychiatrie

angenommen werden.

Gewinne lagen hauptsächlich in der gewachsenen Verantwortung:
- selbstständiges Arbeiten
- neue Anforderungen und damit höhere Ansprüche an die eigene Arbeit
- Pflegeziele der Wohngruppenversorgung, die eher den eigenen Idealvorstellungen des Wohnens im Alter entsprechen

Die Perspektive der Wohngruppenversorgung liegt in einer angemessenen, bedürfnisorientierten Betreuung der Bewohner, die auf ihr Wohlbefinden ausgerichtet ist und dazu beiträgt, ihre Lebensqualität zu erhöhen.

Zukünftig wird die Wohngruppenkonzeption weiter ausdifferenziert und mit entsprechender Weiterbildung auch für weitere Professionen (unter anderem Kinästhetik, Logopädie, Heilberufe) geöffnet werden müssen. Die „Präsenzkraft" wird damit eine neue berufliche Perspektive bekommen.

Arbeitsschutz und Demenz – Ressourcen sinnvoll einsetzen

Philipp Nat,
Einrichtungsleitung Haus O'land – Ein Haus für Menschen mit Demenz, Bremen

Das Seniorenpflegeheim Haus O'land ist die erste Bremer Einrichtung, die speziell für die Bedürfnisse dementer Menschen konzipiert und gebaut wurde. Seit Januar 2005 finden hier 82 demente Menschen in unterschiedlichen Phasen der Desorientierung in drei Wohnbereichen ein neues Zuhause.

Das Pflegeheim Haus O'land ist konzeptionell integriert in das viamiko-Gesundheitszentrum Bremer Süden. Die enge Kooperation mit Ärzten aller Fachrichtungen, Therapeuten und einer Apotheke bietet Angehörigen und Bewohnern Sicherheit und kurze Wege.

Schlüsselfaktoren und Kernprozesse des Konzepts und Betreuungsangebots
Demente Menschen leben nach ihren eigenen Normen. Sie nehmen unser Wertesystem nicht mehr als für sie gültig und brauchbar wahr. Diese Erkenntnis bildet die Grundlage für die Konzeption und Pflegearbeit. Alle Bewohnerinnen und Bewohner werden so akzeptiert, wie sie sind (real ist die Sicht des verwirrten Menschen). Ihre Verwirrtheit ist ein Teil von ihnen – wir wissen, wir werden einen demenzkranken Menschen nicht (mehr) verändern. Mit dem Wohn- und Betreuungskonzept im Haus O'land wird eine sichere, stressfreie und ebenso stimulierende Umgebung gestaltet, in der sich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zu Hause fühlen können.

Die entscheidende Rolle übernehmen in diesem Betreuungskonzept die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit ihrer Arbeit. Jeder von ihnen bringt ein hohes Maß an Lernbereitschaft, sozialer Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit mit. Ihr Engagement und ihre innere Haltung tragen zu einem offenen, positiven Arbeitsklima bei.

Um die spezielle Personalauswahl treffen zu können, wurde ein eigenes Assessment-Center für Pflegekräfte entwickelt und durchgeführt. Zum multi-professionellen Team gehören neben kompetenten und erfahrenen Pflegekräften und Küchenmitarbeiterinnen auch Sozialarbeiter und Ergotherapeuten für kreative Gruppenangebote.

Positive Wirkung auf die Ressourcen (Reflexion und Erfahrung)
Das Haus O'land ist ein Haus nur für Menschen mit Demenz. Es gibt hier keine Stress- und Konfliktsituationen, wie sie automatisch in „gemischten Einrichtungen" (orientierte und desorientierte Bewohner „unter einem Dach") auftreten. Die Menschen mit Demenz, die ins Haus O'land kommen, erfahren zuallererst, dass sie hier so sein dürfen, wie sie sind. Niemand korrigiert sie, niemand verlangt Dinge von ihnen, die sie nicht (mehr) leisten können. Sie müssen keine Angst mehr haben vor beschämenden Konfrontationen, in denen sie abgestempelt und eingeschränkt werden. Dadurch fällt erst mal eine Menge Anspannung, Angst und Stress von ihnen ab.

Entscheidend für das Schaffen eines stress- und angstfreien Milieus ist unter anderem die **Arbeit mit Validation®**, einem Kommunikationsansatz der Amerikanerin Naomi Feil zum wertschätzenden Umgang mit desorientierten alten Menschen. Alle Mitarbeiter wurden für den Umgang mit dementen Menschen geschult. Die kontinuierliche Arbeit mit Validation in der gesamten Einrichtung reduziert unter anderem den Einsatz von Beruhigungsmitteln, verbessert die verbale und nonverbale Kommunikation mit den Bewohnern und verhindert ein weiteres „Sich-Zurückziehen in die Vergangenheit". „Herausforderndes Verhalten" wird stark gemindert. Das „Weg-, Such-, Hinläufer-Verhalten" wurde von 70 auf 1,5 Prozent reduziert.

Die Validationsmethode produziert Energie, regt Interaktion an, stimuliert Gefühle von Wohlbefinden und Glück. Statt zum Rückzug kommt es zur Anteilnahme. Das Haus O'land ist die einzige stationäre Einrichtung in Bremen, die die Arbeit mit dieser Methode durch eine zertifizierte Lehrerin für Validation anbietet. Aufgrund der positiven Erfahrungen strebt das Haus O'land die Zertifizierung „Qualitätslabel Validation® nach Naomi Feil für Institutionen" an. Diese Zertifizierung ist für November 2007 geplant.

Auch die guten, alten Volkslieder stimulieren bei dementen Bewohnern die verbale und nonverbale Kommunikation. Das **„Sich-Erfahren" über die Stimme** nimmt deshalb im Alltag einen großen Raum ein. Alte Lieder sind Träger von Emotionen und lassen Kommunikation und Miteinander entstehen, wo die verbale Ausdrucksfähigkeit schon eingeschränkt ist.

Der Einsatz des **elektronischen Pförtners** bei Menschen, die „weglaufen, hinlaufen, suchen" und sich außerhalb der Einrichtung nicht allein zurechtfinden, hat sich auf den Wohnbereichen und bei den Angehörigen schon nach kürzester Zeit bewährt. Bewohner erleben so keinerlei Einschränkung ihres Bedürfnisses nach Bewegung im Haus und außerhalb. Angehörige und Mitarbeiter können sich sicher sein, dass niemand ohne „Meldung" das Haus verlässt.

Die körperliche Aktivierung der Bewohner wird durch eine Krankengymnastin und eine Ergotherapeutin in Einzel- und Gruppenarbeit gefördert. Biografieorientierte Gruppenangebote runden das Betreuungsangebot ab.

Die Mitarbeiter stehen im Haus O'land nicht mehr unter dem Druck, zwischen desorientierten und orientierten Bewohnern vermitteln zu müssen. Die Arbeitszufriedenheit bei den Mitarbeitern ist gewachsen, nicht zuletzt auch durch die demenzspezifische bauliche Ausrichtung der Einrichtung, systematische Fortbildungen zum Thema Demenz und eine gerontopsychiatrische Versorgung der Bewohner.

Auch den **Angehörigen** steht das Haus O'land offen, sie sind als Pflegepartner gern gesehen (Angehörigengruppe, Fortbildungsangebote, Kurse in Validation, Möglichkeit der Teilhabe am Betreuungsalltag). Angehörige erleben

genauso Entlastung durch die spezialisierte Ausrichtung des Hauses wie die Bewohner.

Alle genannten Maßnahmen – die Aufzählung ist nicht abschließend – wirken ressourcenschonend. Durch die Homogenität der Bedürfnisgruppe entstehen weniger Konflikte unter den Bewohnern. Dies sorgt für ein ruhigeres Geschehen und stabilere Prozesse auf allen Ebenen im Haus. Nach kurzer Zeit hat sich somit die Schaffung einer spezialisierten Einrichtung nur für Menschen mit Demenz bewährt. Die Bewohner, die Angehörigen und auch das Personal profitieren von diesem Prinzip.

Erfolgreiches Wissensmanagement: Komplexe Sachverhalte einfach darstellen am Beispiel Demenz

Plenum J

Dr. Thomas Behr,
Sozialzentrum Hadamar, Hadamar

Das verfügbare Wissen in den unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe wird immer umfangreicher und zugleich steigt seine Bedeutung für eine an hohen Qualitätsanforderungen orientierte Führung von Pflegeeinrichtungen. Die gesetzlichen Vorgaben des Pflegequalitätssicherungsgesetzes, die Anforderungen des vorgeschriebenen Qualitätsmanagementprozesses, fachliche Ausrichtungen in Richtung Demenz sowie vielfältige weitere Auflagen (Hygiene/HACCP, Medizinprodukte, Brandschutz, Pflegeorganisation und Pflegeplanung) erhöhen den Druck auf die Betriebe, die Mitarbeiter entsprechend zu schulen und mit Informationen und Wissen zu versorgen.

Je mehr die Mitarbeiter in den verschiedenen Betriebsbereichen „wissen", desto mehr wird sich die inhaltliche und fachliche Leistungsqualität einer Einrichtung steigern und festigen und letztlich deutlich positive Auswirkungen auf die Belegungssituation und den betrieblichen Erfolg haben.

Wissensmanagement in den Betrieben der Altenhilfe ist darum eine unverzichtbare Aufgabe. „Der Wissensmanager muss ziel-, ergebnis- und nutzenorientiert verfügbares Wissen und Informationen recherchieren, sammeln, sichten, ordnen und bewerten, um mit dem Ziel ‚etwas zustande zu bringen', das heißt betriebliche Effekte zu erzielen, diese Informationen in einem geplanten Prozess in den Betrieb hinein und zum Mitarbeiter zu transportieren, wo durch die geeignete didaktische Maßnahme Informationen zu Wissen verarbeitet werden." (1)

Es ist festzustellen, dass nicht nur die Menge des verfügbaren Wissens beträchtlich zugenommen hat, es hat sich auch die inhaltliche und sprachliche Qualität stark weiterentwickelt. Die Qualität des angebotenen Wissens, zum Beispiel im Bereich des Qualitätsmanagements oder der Betreuung und Pflege von demenzkranken Menschen, ist mittlerweile auf einem inhaltlichen und sprachlichen Niveau etabliert, das für viele Mitarbeiter in den Betrieben nur noch schwer oder gar nicht mehr verständlich ist. Der Einfluss der Fachhochschulen, die sich in den vergangenen zehn Jahren als Wissensproduzenten stark entwickelt haben, ist hier nicht von der Hand zu weisen.

Muss man davon ausgehen, dass leitende Kräfte in der Pflege oder Hauswirtschaft in der Lage sein sollten, Fachpublikationen und weitere Materialien zu lesen und zu verstehen, so kann man dies bei vielen Mitarbeitern aus unterschiedlichen Gründen (Bildungs- und Qualifikationsstand, Schulbildung, Sprachkenntnisse) schon nicht mehr voraussetzen.

In der praktischen Arbeit fällt es selbst guten Pflegekräften oder Mitarbeiterinnen im Küchenbereich schwer, Materialien zu den Themengebieten Qualitätsmanagement oder Demenz sprachlich und auch inhaltlich zu erfassen. Schon

Begriffe, mit denen im betrieblichen Alltag normal und selbstverständlich umgegangen wird (wie zum Beispiel Qualität, Demenz, Prozess, Evaluation), werden bei genauerem Hinsehen oft nicht oder falsch verstanden. Die Qualität der Betriebe in der Altenhilfe lebt jedoch davon, dass die größtmögliche Anzahl der Mitarbeiter das angebotene und notwendige Wissen auch versteht.

Dem Wissensmanagement kommt somit die immens wichtige Aufgabe zu, dafür zu sorgen, komplexe und anspruchsvolle Fachmaterialien für alle Ebenen der Mitarbeiter angemessen zu übersetzen, zu vereinfachen und verstehbar zu machen. Diesem Anspruch will auch eine neue Buchreihe „Für Einsteiger" gerecht werden, in der schwierige Sachverhalte, wie zum Beispiel der Umgang mit demenzkranken Menschen, für „Einsteiger in der Altenpflege" verständlich dargestellt werden [2]. Eine solche Übersetzungsleistung ist dabei gerade in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeiter von nicht unerheblicher Bedeutung, denn nicht zu wissen und nicht zu verstehen erhöht in Zeiten hoher Leistungs- und Qualitätsansprüche den Druck und Stress, was nicht selten eine stark gesundheitsgefährdende Wirkung haben kann.

Literatur

[1] Behr T: Personalführung und Personalentwicklung. Vincentz, 2005: 46

[2] Behr T: Reihe „Für Einsteiger", Vincentz, noch nicht erschienen

Ein Runder Tisch für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz

Plenum K

__Dr. Stefan Baars,__
Staatlicher Gewerbearzt, Gewerbeaufsichtsamt, Hannover
__Fred Meyerhoff,__
BGW, Hannover

Seit 2002 treffen sich in Hannover Experten aus Betrieben, Organisationen und Behörden am „Runden Tisch für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz", um regionale kleine und mittlere Unternehmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu unterstützen. Die Aktivitäten im Bereich „Gesundheitswesen" werden im Folgenden vorgestellt.

Einführung

Kleinere Betriebe sind häufig durch eine fehlende Arbeitsschutzorganisation, mangelnde Arbeitsschutzkenntnisse und Motivation zum Arbeitsschutz sowie eine unzureichende Unterstützung durch Fachleute, wie zum Beispiel Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit, gekennzeichnet. Eine Kontrolle durch Aufsichtsbehörden kann ebenfalls nicht gewährleistet werden.

Um trotz dieser Schwierigkeiten den Arbeits- und Gesundheitsschutz besser in Betrieben zu verankern, wurde der „Runde Tisch für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Region Hannover" gegründet. Dem Runden Tisch und seinen Projektgruppen gehören Aufsichtsbehörden, Arbeitgebervertreter, Gewerkschaften, Krankenkassen, Dienstleister und einzelne Betriebe an. Ein Schwerpunkt der Tätigkeit liegt im Gesundheitswesen. Neben den genannten Institutionen arbeiten dort zum Beispiel auch Heimaufsicht, MDK Niedersachsen und das Gesundheitsamt an Projekten mit.

Derzeit werden folgende Themen in Projektgruppen bearbeitet:

- **Qualifizierung angehender Führungskräfte (PDL, Heimleitungen) in Grundfragen des Arbeitsschutzes:**
  Hierzu wird ein Konzept zur Einbindung einer achtstündigen Arbeitsschutz-Lehreinheit in die Ausbildung von Pflegedienstleitungen und Heimleitungen entwickelt. Das Konzept wird zurzeit mit den inhaltlichen Schwerpunkten „Verantwortung im Arbeitsschutz", „Bedeutung und praktische Durchführung der Gefährdungsbeurteilung" sowie „Unterstützungsmöglichkeiten" bei zwei Anbietern entsprechender Lehrgänge erprobt. Parallel steht bereits jetzt über die Homepage des Runden Tisches www.runder-tisch-hannover.de eine Zusammenstellung wichtiger Informationsquellen zum Arbeitsschutz zur Verfügung.

- **Tagungen und Seminare zu Arbeitsschutzfragen:**
  Grundlegende Arbeitsschutzanforderungen in der ambulanten und stationären Pflege; Umgang mit psychischen Belastungen; Umgang mit Gefahrstoffen; Einbindung von Arbeitsschutz in ein Qualitätsmanagement; neue gesetzliche Anforderungen an die Prävention von Nadelstichverletzungen. Die Beiträge zu diesen Seminaren und Tagungen sind über das Internet verfügbar.

- **Qualitätssicherung der betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Betreuung:**
  Hierzu wurden ein umfassendes Merkblatt für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Musterverträge veröffentlicht.

- **Entwicklung eines einfachen praxisnahen Verfahrens zur Integration von Arbeitsschutzinhalten in die Qualitätssicherung ambulanter Pflegedienste:**
  Arbeitsschutzanforderungen werden mit Pflegeprozessen und der Organisation eines Pflegedienstes verknüpft. Die zur Verfügung gestellten Materialien können kostenneutral in bestehende Qualitätssicherungssysteme eingebunden werden. Zurzeit steht die Erprobung des Konzepts in ausgewählten Pflegediensten unmittelbar bevor. Ein formales Qualitätsmanagementsystem ist nicht erforderlich.

- **Zusammenarbeit von Aufsichtsbehörden zur verbesserten Kooperation und Koordination:**
  In der Projektgruppe sind Sozialministerium, Heimaufsicht, Gesundheitsamt, Bauaufsicht, Feuerwehr, MDK, Gewerbeaufsicht und BGW neben Arbeitgeberverbänden, Betrieben und Fachleuten aus der Praxis vertreten. Durch Absprachen, Erfahrungsaustausch und gegenseitige Fortbildung soll Konsens in strittigen Fragen erreicht werden und sollen im Interesse der Betriebe und der Behörden Reibungsverluste reduziert werden.

- **Vermeidung von Infektionsgefährdungen:**
  Angesichts der verschärften Anforderungen an die Prävention von Nadelstichverletzungen (Einführung sicherer Arbeitsgeräte, siehe Technische Regel für biologische Arbeitsstoffe TRBA 250) wurden zunächst Krankenhäuser in zwei Merkblättern über Erfordernisse und Möglichkeiten informiert. Aktuell werden globaler angelegte Informationen zur Vermeidung von Infektionsgefährdungen für Altenpflegeeinrichtungen vorbereitet.

- **Süchtige Mitarbeiter:**
  Zur Sensibilisierung (Wie erkenne ich süchtige Mitarbeiter? Welche Konsequenzen hat die Suchterkrankung für den Betrieb?), aber auch zur konkreten Unterstützung von Arbeitgebern für den Umgang mit süchtigen Mitarbeitern werden zurzeit Informationen zusammengestellt, die als Flyer für verschiedene Formen der Sucht veröffentlicht werden sollen.

Branchenbausteine für die Gefährdungsbeurteilung: Beispiel Gefahrstoffe

Plenum K

Wolfgang Wegscheider,
BGW, Köln
Dr. Gabriele Halsen,
BGW, Köln

Im Fußball ist schon lange bekannt, dass man sich auf Standardsituationen hervorragend vorbereiten und Lösungen dafür entwickeln kann. Ein sehr gutes Beispiel war der Auftritt von Jens Lehmann, der als Torwart der deutschen Nationalmannschaft bei der WM 2006 mehrere Elfmeter halten konnte, weil die Schießgewohnheiten der Torschützen genau bekannt waren. Aber was hat das mit dem Arbeitsschutz zu tun?

Ganz ähnlich wie im Eingangsbeispiel hat die BGW betriebliche Standardsituationen analysiert und Lösungsvorschläge für sicheres Arbeiten entwickelt. In einem Pilotprojekt wurde speziell für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen in der Altenpflege eine neue Art von Hilfsmitteln in Form von kombinierbaren Bausteinen erstellt. Für die jeweilige Tätigkeit, zum Beispiel die Flächendesinfektion, können mithilfe des passenden Bausteins die Gefährdungen ermittelt und geeignete Schutzmaßnahmen festgelegt werden. Auch für tätigkeitsunabhängige Arbeitsschutzthemen – zum Beispiel wie man ein effizientes Gefahrstoffverzeichnis erstellt – gibt es Bausteine. Diese Branchenbausteine können für die Fachkraft für Arbeitssicherheit und den verantwortlichen Arbeitgeber eine wichtige Unterstützung bei der Gefährdungsbeurteilung sein und als Basis für ein systematisches Vorgehen dienen.

Die Gefährdungsbeurteilung – das Herzstück des Arbeitsschutzes

Eine der wesentlichen Unternehmerpflichten nach dem Arbeitsschutzgesetz ist es, die Gefährdungsbeurteilung durchzuführen. Das heißt: die entstehenden Gefährdungen ermitteln, die Risiken beurteilen, Schutzmaßnahmen festlegen, die Wirksamkeit dieser Schutzmaßnahmen überprüfen und die gesamten Vorgänge dokumentieren. Die Gefährdungsbeurteilung muss für jede Tätigkeit durchgeführt werden. In der Altenpflege werden in diesem Zusammenhang immer wieder Gefährdungen wie Heben und Tragen, psychische Belastungen sowie Infektionsgefährdungen genannt. In der täglichen Arbeit werden aber auch chemische Stoffe verwendet, die im Gesamtkontext der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden müssen. In zahlreichen Medien, Unterlagen, Schriften und Seminaren wird die Gefährdungsbeurteilung thematisiert – dies führt teilweise in einen Informationsdschungel.

Die Idee der Branchenbausteine

Um dem Arbeitsschutzexperten und dem Arbeitgeber Informationen zur Gefährdungsbeurteilung richtig dosiert und in der erforderlichen Qualität bereitzustellen, hat die BGW einen neuen Ansatz gewählt und in einem Pilotprojekt ein spezielles System von Branchenbausteinen für Tätigkeiten mit Gefahrstoffen in der Altenpflege entwickelt. Dabei kommen zwei Ideen zum Tragen: Einmal sollen praxisnahe Hilfestellungen mit allen notwendigen Informationen für die Gefährdungsbeurteilung entstehen, zum anderen sollen die Hilfestellungen Standardsituationen beschreiben, die in einer gewissen Bandbreite in allen Altenpflegeeinrichtungen und im Idealfall auch in anderen Branchen vorkom-

men. Das Gesamtsystem besteht aus tätigkeitsbezogenen und tätigkeitsunabhängigen Bausteinen.

Tätigkeitsbezogene Bausteine enthalten Informationen zu Tätigkeiten und sind nach dem folgenden Schema aufgebaut:

- Tätigkeitsbeschreibung
- Gefährdungen
- Schutzmaßnahmen
- zusätzliche Hinweise
- Informationsquellen

Für die jeweils zutreffende Tätigkeit, zum Beispiel die Flächendesinfektion, können dann mithilfe der Bausteine auch branchenübergreifend die Gefährdungen ermittelt und geeignete Schutzmaßnahmen festgelegt werden.

Tätigkeitsunabhängige Bausteine beleuchten die grundlegenden Themen, wie die Vorgehensweise bei der Gefährdungsbeurteilung, erforderliche Listen und Verzeichnisse, Nutzung vorhandener Unterlagen, Zusammenarbeit von Arbeitsplatzexperten (Beschäftigte) und Arbeitsschutzexperten (interne oder externe Fachkräfte für Arbeitssicherheit), arbeitsmedizinische Vorsorge und vieles mehr.

Jede Tätigkeit und jedes Thema werden somit in einem passenden Baustein erfasst. Die jeweils erforderlichen Bausteine können in einem Baukastensystem individuell nach den betrieblichen Bedürfnissen zusammengestellt werden.

Realisierung
Um die Branchenbausteine so nah wie möglich an der betrieblichen Praxis zu orientieren, hat die BGW diverse Befragungen in Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt. Für die tätigkeitsbezogenen Bausteine wurden Informationen zur Art der verwendeten Produkte, der verbrauchten Menge, Dauer und Häufigkeit der Anwendung gesammelt. So entstand unter anderem eine Bestandsaufnahme zu Desinfektions- und Reinigungsarbeiten, zur Verabreichung von Medikamenten, zum Umgang mit Konzentraten sowie zur Lagerung und Entsorgung von Gefahrstoffen. Zu diesen Tätigkeiten wurden passende Branchenbausteine entworfen, fachlich abgestimmt und im Internet veröffentlicht.

Zusammenfassung
Die BGW hat in einem Pilotprojekt die Tätigkeiten mit Gefahrstoffen in der Altenpflege ermittelt, analysiert und darauf aufbauend Branchenbausteine für Gefahrstoffe entwickelt. Mit diesen Bausteinen kann der Arbeitsschutzexperte allgemein anerkanntes Wissen nutzen und in die Praxis umsetzen. Der identische Aufbau jedes Bausteins ermöglicht eine einfache Auffindbarkeit von Informationen. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist der hohe Praxisbezug der Inhalte. Die Bausteine sollen soweit wie möglich die betriebliche Arbeitspraxis wiedergeben. Daher wurde bei den Inhalten unter anderem auf die Erfahrungen zurückgegriffen, die sich aus betrieblichen Befragungen ergaben. Die in den Bausteinen beschriebenen Maßnahmen sind Empfehlungen und ermöglichen es

dem Arbeitgeber, seine Gefährdungsbeurteilung auf eine solide Basis zu stellen. Neben ihrer Funktion als Hilfestellung sollen die Bausteine auch einen Meinungs- und Erfahrungsaustausch zu Tätigkeiten, Arbeitsverfahren und Schutzmaßnahmen zwischen Arbeitsschutzexperten, Arbeitgebern und Mitarbeitern anregen.

Erhard Weiß,
BGW, Karlsruhe

Die Kampagne „Aufbruch Pflege", im Februar letzten Jahres von der BGW gestartet, hat sich zum Ziel gesetzt, die Situation in der Altenpflege, insbesondere für die Beschäftigten dieser Branche, nachhaltig zu verbessern. Teil der Kampagne war das in Berlin veranstaltete Symposium „Entbürokratisierung – ein Märchen wird wahr?", das vor allem eines deutlich machte: Die Praktikabilität jedes Verfahrens zur Entbürokratisierung wird sich jetzt und in Zukunft daran messen lassen müssen, in welchem Umfang die Qualität sowie der Mitarbeiter- und Verbraucherschutz gewährleistet sind.

Die Veranstaltung mit ihren vielschichtigen Referaten und Wortbeiträgen zeigte, dass nicht nur „eine Pflegewelt" existiert, sondern unterschiedliche Interessenslagen sowie verschiedene Sichtweisen, die es erschweren, lineare Handlungsvorschläge und Konzepte für einen Bürokratieabbau in der Pflege zu entwerfen. Im konstruktiven Dialog wurde versucht, zwischen den einzelnen „Pflegewelten" zu vermitteln und gemeinsam Handlungsoptionen für eine entbürokratisierte Pflege auf der Basis bisheriger Erfahrungen und Modelle zu entwickeln. Insbesondere müssen Freiräume geschaffen werden, damit innovative Wohn- und Lebensformen in der Altenpflege unter Berücksichtigung gesunder Arbeitsbedingungen aufgebaut werden können.

Durch das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegebene Gutachten zur Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland wurden auf über 500 Seiten überflüssige und änderungsbedürftige Vorschriften auf der Ebene des Bundes und der Länder identifiziert, Abstimmungsprobleme bei der Ausführung leistungs- und aufgabenrechtlicher Vorschriften der unterschiedlichen Organe offengelegt, innerorganisatorische Schwachstellen der Einrichtungen aufgedeckt sowie der Aufwand für Pflegeplanung und -dokumentation untersucht und Anregungen zur Entbürokratisierung gegeben.

Entbürokratisierung wird durch das Zusammenwirken von drei Ebenen erreicht:

- dem Gesetzgeber durch **Deregulierung:** Abbau beziehungsweise Vereinfachung von Gesetzen und Vorschriften, die für stationäre Einrichtungen gelten
- den Verwaltungen und Aufsichtsinstitutionen durch **Schnittstellenmanagement:** Definition der Kompetenzen und Zuständigkeiten der am Prozess der Pflege beteiligten Institutionen und Abstimmung der Inhalte und Auslegung der Anforderungen
- den Einrichtungen durch **Effizienzsteigerung:** Reduktion von hausgemachter Bürokratie bei allen beteiligten Organisationen (etwa durch ein funktionierendes und selbstbestimmt gewolltes Qualitätsmanagement)

1. Die Ebene des Gesetzgebers

An den Gesetzgeber werden folgende Forderungen gestellt:

- Eigenverantwortung der Träger stärken durch gesetzlich gefordertes unternehmerisches Handeln auf Basis pflegewissenschaftlicher und arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse
- Ergebnisverantwortung priorisieren durch Festlegung von Zielen und deren Messverfahren
- klare Trennung der Aufgaben des MDK und der Heimaufsicht oder Festlegung von Kriterien für eine Zusammenarbeit
- Zusammenarbeit der Institutionen fordern und fördern
- Vereinheitlichung der bundesweit unterschiedlichen Curricula in den Pflegeausbildungsstätten

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen müssen regionale, länderspezifische Lösungen gesucht werden. Hier ist vor allem die Landespolitik aufgefordert, spezifische Modelle zu entwickeln.

2. Ebene der Verwaltung/Aufsichtsinstitutionen

An die Verwaltung/Aufsichtsinstitutionen werden folgende Forderungen gestellt:

- Schaffung gemeinsamer, regionaler Ansprech- beziehungsweise Servicestellen der Aufsichtsinstitutionen
- bessere Kooperation und Vernetzung der Behörden; Abstimmungsmöglichkeiten der Aufsichtsinstitutionen zu Betriebsbesichtigungen über gemeinsame Datenbanken/Internet sollten entwickelt werden
- Entwicklung gemeinsamer Anforderungs- und Prüfkataloge mit der Zielrichtung der Integration der Anforderungen in Managementsysteme
- Stärkung der Beratungskompetenz durch Qualifizierung; Informationsaustausch der Aufsichtspersonen durch institutionsübergreifende gemeinsame Workshops, bei Bedarf auch mit Beteiligung von Verbandsmitgliedern aus den Pflegeverbänden

Die Auslegung von Vorschriften führt vielfach zu einer fehlenden Eindeutigkeit. Nach dem Motto „weniger ist manchmal mehr" forderten die Teilnehmer der Veranstaltung zum Thema Entbürokratisierung, mehr Transparenz und Klarheit in den Anforderungen an die Pflegeheime – bei gleichzeitiger Wahrung der Qualitätsstandards – zu formulieren.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Reduzierung des Dokumentationsaufwands: Hier braucht es Unterstützung für die Einrichtungen beim Anlegen einer Qualitätsdokumentation, um den Ansprüchen der Leistungserbringer zu genügen und einen möglichst geringen Zeitaufwand zu verursachen – mit dem Ziel, mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung zu haben und eine Entlastung der Pflegepersonen herbeizuführen.

Außerdem wird eine umfassende Beratungsleistung der Aufsichtsinstanzen gefordert: Die Einrichtungen sollten Aufsichtsinstanzen weniger als Prüfbehörde, sondern vielmehr als Beratungsstelle wahrnehmen können.

3. Ebene der Einrichtungen
An die Einrichtungen werden folgende Forderungen gestellt:

- Stärkung der Managementkompetenzen in den verschiedenen Ebenen der Einrichtungen
- Implementierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die QM-Managementsysteme
- Qualifikation der Mitarbeiter insbesondere zu den Themen der Pflegedokumentation und der Arbeitsorganisation

Auf allen drei Ebenen bietet die BGW dabei ihre konkrete Mitarbeit an. Sie unterstützt die Einrichtungen bei der Entbürokratisierung, führt Modellprojekte zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Aufsichtsinstitutionen durch und bringt sich in die gesetzgeberische Diskussion ein.

Als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung obliegt der BGW zunächst die Sorge um die Beschäftigten. Denn der veränderte Pflegeaufwand führt dazu, dass die Altenpflegerinnen und Altenpfleger hohen beruflichen Belastungen ausgesetzt sind. Die gestiegenen Anforderungen sowohl an die qualitative als auch die quantitative Versorgung führen zu Arbeitsverdichtung. Zunehmend zeigen sich gesundheitliche Folgen, Fluktuationsambitionen und erhöhte Krankenstände. So werden nach einer Studie der AOK 62 Prozent der Pflegekräfte häufiger aufgrund einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geschrieben. Insbesondere in der öffentlichen Diskussion ist die Altenpflege dabei noch immer mit einem negativen Image belegt. Die geringe Attraktivität der Branche führt zu Nachwuchsproblemen und damit zu grundsätzlichen Belastungen der verbleibenden Beschäftigten.

Es ist eine vorrangige Aufgabe, die Bedeutung des langfristigen und kontinuierlichen Berufseinsatzes der Pflegekräfte für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Pflegebedürftigen deutlich zu machen. Jeder Ausfall durch Krankheit führt dazu, dass anteilig weniger Zeit, insbesondere für die soziale Betreuung der zu Pflegenden, zur Verfügung steht.

Auf der Ebene der Einrichtungen bietet die BGW durch einzelne Produkte wie internes Qualitätsmanagement, Organisations- und Personalentwicklungsinstrumente Einrichtungsträgern die Chance, Arbeitsprozesse zu optimieren.

Die BGW hat in verschiedenen Modellprojekten zur Verbesserung der Arbeitslogistik – **„al.i.d.a®"** – und Personalentwicklung – **„gesu.per"** – gezeigt, dass durch Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung in den Betrieben in Zusammenarbeit mit allen Mitarbeitenden Ressourcen so freigesetzt werden können, dass bis zu zehn Prozent mehr Zeit für die Arbeit mit Bewohnern zu Verfügung steht.

Aus der Erfahrung der langjährigen Begleitung von Betrieben der Pflege kann die BGW heute sagen, dass dem Management und damit der Führung des Unternehmens die wesentliche Steuerungsaufgabe zukommt. Die Ergebnisqua-

lität allein als Maßstab für die erfolgreiche Arbeit im Unternehmen zu sehen, greift zu kurz. Hierbei ist die Problematik valider Messgrößen zu lösen.

Um eine Unabhängigkeit von den jeweiligen Führungspersonen und deren Wirkung im Unternehmen zu erreichen, braucht es ein System, das die Ergebnisse auf der Basis einer zielorientierten Arbeit in wirksamen Strukturen und Prozessen ermöglicht und sichert. Hierfür hat die BGW ein System entwickelt, welches den Arbeitsschutz in das vom Unternehmen jeweils gewählte Qualitätsmanagementsystem integriert.

Entbürokratisierung bedeutet für die BGW praxisnahe, durch Qualitätsmanagementsysteme abgebildete Systeme von jeweiligen Führungskräften – unabhängig, orientierungsgebend und leicht handhabbar.

Auf der Ebene der Verwaltungs- und Aufsichtsinstitutionen sieht die BGW zur Ausschöpfung von Entbürokratisierungspotenzialen die Erfordernis der engen Kooperation und Zusammenarbeit der einzelnen Aufsichtsinstitutionen. Viele Betriebe sind durch die unterschiedlichen Blickwinkel und Interessenlagen und die damit verbundenen Anforderungen der einzelnen Institutionen verunsichert – die gemeinsame Erarbeitung von Beispielen „guter Praxis" durch die unterschiedlichen Aufsichtsinstitutionen kann eine wesentliche Hilfestellung für die Betriebe darstellen.

Beispiele für Entbürokratisierung in der Zusammenarbeit der Aufsichtsinstitutionen:

- **Gemeinsame Prüfkataloge – „Testat Arbeitsschutz"**
  Die BGW will mit der Entwicklung des „Testats Arbeitsschutz" Rechtssicherheit für die Institutionen schaffen. Das Testat zeichnet Träger und Betriebe aus, wenn sie nachweislich die Grundlagen für eine wirksame Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen unter Berücksichtigung aktueller gesetzlicher Grundlagen geschaffen haben.

  In Zusammenarbeit mit den regionalen Heimaufsichtsbehörden und weiteren Aufsichtsinstitutionen in Bayern, Baden-Württemberg und Hamburg wird mit dem Testat modellhaft eine Grundlage für weitere Aufsichtsinstanzen geschaffen, mit dem Ziel einer gegenseitigen Akzeptanz als gemeinsame Prüfungsgrundlage und dem damit verbundenen Beitrag zur Entbürokratisierung in der Pflege.

  Deshalb ist – im Sinne von Bürokratieabbau – eine zwingende Abstimmung mit anderen Aufsichtsinstanzen erforderlich. In erster Linie geht es dabei um die Anforderungen der Heimaufsichtsbehörden. Wir wollen außerdem Hinweise auf die Frage erhalten, ob und inwiefern eine landesweite Beratungsstelle nachhaltige Strukturen im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz verankern kann.

- **Die BGV A2 – Umsetzung bei großen Trägerstrukturen**
  Im Rahmen von „Entbürokratisierung Pflege" können sich Betriebe nach BGV A2 von der Regelbetreuung freistellen lassen, wenn sie die entsprechenden Voraussetzungen (Schulung et cetera) erfüllen. Die Umsetzung eines alternativen betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Modells wird in Zusammenarbeit mit einem großen Wohlfahrtsverband getestet. Ziel ist es, für die 85 Altenpflegeheime und 100 ambulanten Pflegedienste die Eigenverantwortung der Unternehmen zu stärken und Selbstbewertungsinstrumente zur Verfügung zu stellen, die die Gefährdungspotenziale ermitteln, um mittelfristig die Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Managementsysteme der Betriebe – zum Beispiel in das Qualitätsmanagement – zu erreichen. Anhand der Ergebnisqualität werden dann anlassbezogen entsprechende Beratungen/Besichtigungen erfolgen.

- **Kooperationsprojekt „Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege"**
  Aus Sicht der BGW müssen die Maßnahmen zur Umsetzung von gesetzlichen Anforderungen, die im Unternehmen wirken sollen, auf die Zielerreichung des Unternehmens und seine Weiterentwicklung hin ausgerichtet sein. Im Kooperationsprojekt „Arbeitsschutz in der ambulanten Pflege" wurden praxisnahe und umsetzbare Konzepte entwickelt, um einen wirkungsvollen und modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) aufzubauen. Arbeits- und Gesundheitsschutz wurde als Organisationsentwicklungsprozess gestaltet und konnte so zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) in KMU weiterentwickelt werden. Dieses Modell hat erheblich zur Kompetenzentwicklung von Führungskräften und Mitarbeitern beigetragen. Damit wurde nicht nur die wirtschaftliche Entwicklung der Unternehmen, sondern auch die betriebliche Weiterentwicklung durch konsequente Mitarbeiterbeteiligung gefördert; für die Führungskräfte wurden Freiräume geschaffen.

  Das Projekt hat gezeigt, dass KMU für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ansprechbar sind, wenn geeignete Instrumente und Konzepte eingesetzt werden: schlank und einfach in der Handhabung, Hilfe zur Selbsthilfe, Arbeits- und Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe und unter Mitarbeiterbeteiligung, Verknüpfung mit betrieblichem Management wie Qualitätsmanagement und Organisations- und Personalentwicklung.

  Derzeit wird im Land Hamburg eine gemeinsame Beratungsstelle gebildet, mit der auch die Kooperation mit der Heimaufsicht gestärkt werden soll.

- **Abstimmung von Besichtigungsterminen**
  Im Land Berlin/Brandenburg wurde eine Internetplattform aufgebaut, anhand derer die Besichtigungstermine zwischen dem staatlichen Arbeitsschutz und den Unfallversicherungsträgern koordiniert und die entsprechenden Ergebnisse dokumentiert werden. Im Land Mecklenburg-Vorpommern wurde eine entsprechende Rahmenvereinbarung über das

Zusammenwirken der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der Unfallversicherungsträger in Mecklenburg-Vorpommern, LVBG 027/2006, geschlossen. Hierin wird das Zusammenwirken als gemeinsame landesbezogene Stellen nach Paragraf 20 SGB VII geregelt. Sowohl die Kommunikation und der Austausch untereinander als auch die Zusammenarbeit wurden geregelt.

Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber prüfen, wie die Zusammenarbeit der Überwachungsinstitutionen gefordert und gefördert werden kann. Auch wenn hier in einzelnen Ländern stärkere Bemühungen im Hinblick auf die Abstimmungsprozesse angestrebt werden, müssen zur Sicherung der Qualität in der Pflege bundesweite einheitliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Rechtssicherheit insbesondere für bundesweit tätige Betriebe bringen.

Der beschriebene Interpretationsspielraum der jeweiligen Prüfer führt nach der Studie „Administrative Aufwendungen in der Altenhilfe" im Auftrag des BMFSFJ (2005) und den Erkenntnissen der BGW zu einem erhöhten Aufwand an Vor- und Nachbereitung in den Betrieben. Dieser Zeitaufwand geht zu Lasten der Betreuungszeit der Bewohner. Hier sollten aus unserer Sicht die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Überwachungsinstitutionen im Sinne einer kundenorientierten Zusammenarbeit stärker politisch eingefordert und die entsprechenden Grundlagen für eine Zusammenarbeit geschaffen werden. Die bisher im Heimgesetz verankerten Strukturen im Rahmen des Paragrafen 20 HeimG greifen aufgrund der Föderalisierung des Heimgesetzes langfristig nicht mehr. Deshalb sind aus unserer Sicht entsprechende Regelungen in den Heimgesetzen vorzusehen und ist auch im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes eine entsprechende Zusammenarbeit, zum Beispiel mit den medizinischen Diensten, einzufordern. Denkbar sind aus Sicht der BGW sogenannte regionale Servicestellen, die die Beratung und Überwachung koordinieren und eine entsprechende Kommunikationsplattform der Aufsichtsinstitutionen schaffen. Diese sollten dann den Betrieben beratend und bei Schwerpunktprüfungen zur Verfügung stehen. Mögliche Widersprüche in den Anforderungen sind im Vorfeld zu klären, um ein abgestimmtes Handeln der Überwachungsinstitutionen zu gewährleisten. Hierzu sind die unterschiedlichen, häufig bilateralen Ansätze, zum Beispiel zwischen Heimaufsichten und MDK, um die weiteren Aufsichtsinstitutionen zu ergänzen und ist eine entsprechende Abstimmung bezüglich der Prüfinhalte vorzunehmen. Für die Betriebe sollte im Sinne der allgemeinen Überwachung ein einheitlicher Ansprechpartner langfristig zur Verfügung stehen, der auf eine beratende Expertenstruktur zu Fachthemen (Brandschutz, Hygiene und so weiter) zurückgreifen kann.

Diese Instrumente und Vorgehensweisen tragen entscheidend dazu bei, Bürokratie abzubauen und Belastungen bei den Pflegekräften zu vermeiden. Die BGW versucht so, aktiv Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Pflege zu verbessern und erste Schritte in eine gemeinsame und nachhaltige Pflegewelt zu tun.

Kein Zweifel besteht hingegen daran, dass falsch verstandener Bürokratieabbau im Sinne radikaler Streichung von Verwaltungsaufgaben nicht das Ziel der Bestrebungen sein kann. Trotz aller Verschlankung administrativer Arbeitsfelder bleibt es Aufgabe staatlicher Einrichtungen, ihrer Verantwortung gegenüber den Bürgern mithilfe eines Verwaltungsinstrumentariums gerecht zu werden. Die Praktikabilität jedes Verfahrens zur Entbürokratisierung wird sich jetzt und in Zukunft daran messen lassen müssen, in welchem Umfang der Mitarbeiter- und Verbraucherschutz gewährleistet sind. Die Stärkung der unternehmerischen Verantwortung bedeutet eine gesetzlich geforderte Ausrichtung der fachlichen Arbeit an pflege- und arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen. Hier liegt dann der Orientierungsrahmen, der von jedem Unternehmen genutzt werden kann.

Die Ergebnisse des Symposiums legen dar, dass es noch lange dauern wird, Forderungen und Ansprüche an eine zukunftsfähige Entbürokratisierung in „einer gemeinsamen Pflegewelt" zu vereinen. Der konstruktive Dialog zwischen allen Beteiligten und der Austausch von Erfahrungen sind wesentliche Maßnahmen, die den Prozess hin zu einer dienstleistungsorientierten Pflege forcieren. Durch gemeinsames Agieren und Kooperieren können Ideen entwickelt und Prozesse angestoßen werden, die den Bereich der Pflege umfassend und praxisorientiert entbürokratisieren. Nur so kann das „Märchen" des Bürokratieabbaus in der Pflege endlich Wirklichkeit werden!



Die Workshops

Was ist bei freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beachten?

WS A1

Stephan Wittkuhn,
DGB Rechtsschutz GmbH,
Hamburg

Gefährdet ein Bewohner oder Patient durch sein Verhalten sich selbst oder Dritte, lassen sich freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixiergurte, Bettgitter oder Trickschlösser an den Türen nicht gänzlich vermeiden. Doch was in der Pflegepraxis als notwendige Schutzmaßnahme gesehen wird, ist juristisch betrachtet ein Eingriff in die Selbstbestimmung des Pflegebedürftigen.

Grundlegende Fragen

In der täglichen Pflegearbeit kann es zu Situationen kommen, in denen durch den die Pflege ausführenden Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin ein Abwägen zwischen der Gewährung des Freiheitswillens einer pflege- beziehungsweise betreuungsbedürftigen Person und dem gesundheitsschädlichen eigenen Verhalten erforderlich ist.

In solchen Situationen stellen sich grundlegende Fragen: Welche Maßnahmen und Tätigkeiten werden von der Rechtsprechung überhaupt als freiheitsentziehende Maßnahmen definiert? Gibt es mildere Mittel, welche die Situation ebenso gut klären können und die weniger stark in die Rechte der betroffenen Personen eingreifen? Liegen Gründe vor, die das Verhalten des handelnden Pflegepersonals rechtfertigen können? Welche Formen der Dokumentation sind nötig, um in Zweifelsfällen auch das Recht zu bekommen, das man zu haben meint? In welchen Fällen ist die Zustimmung eines gesetzlichen Betreuers notwendig? Muss gegebenenfalls ein Gericht ebenfalls zustimmen?

Freiheitsentziehende Maßnahmen im Sinne des Strafgesetzbuches

Der Paragraf 239 StGB normiert genau, welche Verhaltensweisen eine Freiheitsberaubung darstellen. Freiheitsentziehende Maßnahmen werden von der Rechtsprechung als Freiheitsberaubungen eingeordnet – dabei muss die Handlung der Pflegekraft jedoch bestimmte Voraussetzungen erfüllen: Zunächst muss sich die Pflegekraft eines mechanischen Hilfsmittels bedienen, um zu verhindern, dass die betroffene Person ihren Aufenthaltsort verlässt. Hier ist gegebenenfalls die Grenze zu der ebenfalls mit Strafe bewehrten Handlung der Nötigung zu ziehen. Ferner muss diese Verhinderung des Aufenthaltsorts gegen den natürlichen Willen der betroffenen Personen herbeigeführt werden. Sodann stellt sich häufig die Frage, ob der Wille einer verwirrten Person beachtlich und somit zu respektieren ist. Dies ist grundsätzlich der Fall, bedeutet jedoch nicht, dass hier eine unmittelbare Haftungsfolge droht. Es müssen weitere, einzelfallabhängige Voraussetzungen vorliegen, damit eine objektiv als Freiheitsberaubung zu bewertende Verhaltensweise auch tatsächlich strafrechtliche Sanktionen nach sich zieht.

Rechtfertigungsgründe/mildere Mittel

Eine Haftungsfolge droht nur, wenn das Verhalten der handelnden Pflegekraft auch rechtswidrig ist und sie die Situation nicht mit milderen, gleich wirksamen Mitteln hätte lösen können. In akuten Notsituationen hat ein Abwägungsprozess

stattzufinden, welcher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der pflege- beziehungsweise betreuungsbedürftigen Person am wenigsten eingreifend ist. Hierbei ist immer wichtig, in welchem Rahmen sich die Krisensituation abgespielt hat.

Folgende Fragen müssen zwingend beantwortet werden: Wie hoch ist das Risiko einer Eigen- oder Fremdschädigung durch das Verhalten der betroffenen Person, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden? Stehen mildere Mittel zur Verfügung, die die Konfliktsituation genauso gut lösen können? Ist die Krisensituation gegebenenfalls durch eigenes Fehlverhalten oder Fehlverhalten der Einrichtung mitursächlich hervorgerufen worden? War das Eintreten der Krisensituation vorher schon absehbar und wurde es unterlassen, präventive Mittel einzusetzen, die den Eintritt der Notsituation verhindert hätten?

Genehmigung durch den gesetzlichen Betreuer/das Gericht
Besonderheiten sind zu beachten, wenn die zu pflegende Person eine gesetzliche Betreuerin beziehungsweise einen Betreuer bestellt bekommen hat. Es ist nicht immer zwingende Voraussetzung, dass Betreuer vor der Durchführung einer freiheitsentziehenden Maßnahme ihre Erlaubnis erteilen. Die Stichworte „Betreuungsbereiche" und „unmittelbare Gefahr" sind dabei zu beachten. Gleichwohl soll der Schutz vor ungerechtfertigten Eingriffen in die Selbstbestimmungsrechte der pflege- oder betreuungsbedürftigen Personen sichergestellt werden, indem ein gerichtlicher Genehmigungsvorbehalt bei verschiedenen freiheitsentziehenden Maßnahmen gesetzlich vorgeschrieben ist. Hier ist bei der Durchführung freiheitsentziehender Maßnahmen sehr sorgfältig vorzugehen.

Dokumentation
Ein rechtmäßiges Handeln in diesen Situationen ist jedoch wertlos, wenn bei Bestreiten der Richtigkeit der Handlung kein Nachweis geführt werden kann. Ein genaues und vollständiges Dokumentieren, insbesondere der Rahmenbedingungen und der tatsächlich durchgeführten Handlungen, gegebenenfalls unter Benennung von Zeugen (Arbeitskollegen), ist hier unerlässlich, um die Rechte der Pflegekräfte zu wahren und durchzusetzen.

Ziel des Beitrags
Ziel dieses Workshops auf dem bgwforum 2007 ist es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer über grundlegende Voraussetzungen im Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu informieren. Nur durch eine genaue Information hinsichtlich der Verhaltensweisen in Krisensituationen kann ein sicheres Arbeiten und somit auch eine qualitativ hochwertige Erbringung der pflegerischen Dienstleistung sichergestellt werden, ohne dass Haftungsfolgen eintreten.

Der Beratungsbesuch in der häuslichen Pflege: Pflegekräfte zwischen Beratung und Kontrolle

WS A2

Martin Schieron,
Verein Beratung in der Pflege e.V., Duisburg

Pflegende Angehörige werden zu Recht als „Deutschlands größter Pflegedienst" bezeichnet. Hierbei spielt es keine Rolle, ob es sich um Verwandte oder Freunde und Bekannte der pflegebedürftigen Personen handelt. Da pflegende Angehörige durch die Pflege häufig stark belastet sind, hat der Gesetzgeber für sie ein Beratungs- und Hilfsangebot im Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) verpflichtend festgeschrieben. Pflegekräfte sollen den pflegenden Angehörigen beratend zur Seite stehen. Leider sind die Pflegefachkräfte jedoch gleichzeitig verpflichtet, im Rahmen der Beratung die Qualität der Pflege durch die pflegenden Angehörigen zu kontrollieren. Somit sehen sie sich einer Aufgabe gegenüber, die einerseits verlangt, für die Beratung ein vertrauensvolles Verhältnis aufzubauen, andererseits müssen sie eine Kontrollfunktion ausüben. Hinzu kommt, dass die Anforderungen an die Qualifikation der Pflegefachkraft zur Durchführung der Besuche steigen.

Einführung

Das SGB XI bietet pflegebedürftigen Menschen, die in häuslicher Umgebung gepflegt werden möchten, grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Sie können sich zum einen durch professionelle Pflegekräfte versorgen lassen (Sachleistung, Paragraf 36 SGB XI). Die entstehenden Kosten werden dann im Idealfall durch die Pflegekasse gedeckt. Zum anderen besteht die Möglichkeit der sogenannten Geldleistung (Paragraf 37 SGB XI). Hier erhält die pflegebedürftige Person entsprechend ihrer Pflegestufe einen Geldbetrag, mit dem sie selbst die für sie erforderliche Versorgung sicherstellen soll. In diesem Fall sieht Paragraf 37 Abs. 3 SGB XI zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege sowie zur regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden eine verpflichtende, regelmäßige Beratung durch eine Pflegekraft in der eigenen Häuslichkeit vor.

Die Veränderung der Qualität des Beratungsbesuchs

Durch das Pflegeleistungsergänzungsgesetz (PflEG) erfuhr der Beratungsbesuch eine qualitative Aufwertung. Der ehemalige Pflegeeinsatz, der nur unter anderem zur Beratung der häuslich Pflegenden diente, soll nun primär als Beratung durchgeführt werden. Die veränderte Fassung des Gesetzes betont den Beratungscharakter des Besuchs stärker und mindert den Kontrollaspekt. Dadurch wird eine höhere Akzeptanz und somit auch Wirksamkeit des Besuchs – insbesondere bezogen auf die Entlastung der pflegenden Angehörigen – intendiert.

Darüber hinaus erfuhr der Pflegeeinsatz durch bundesweit gültige Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Beratungsbesuche eine weitere Aufwertung. Der Gesetzgeber betont, dass der Einsatz speziell geschulter Pflegefachkräfte für den Beratungsbesuch zur Qualitätssicherung gehöre. So sollten für die Hausbesuche bei an Demenz erkrankten Pflegebedürftigen möglichst Pflegefachkräfte mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung eingesetzt

werden. Die Umsetzung der Neugestaltung des Pflegeeinsatzes trage somit dazu bei, dass in gewissem Maße ein Case-Management für die Bezieher von Pflegegeldleistungen sichergestellt werden könne. Die Empfehlungen greifen darüber hinaus die Forderung nach einer besonderen Beratungskompetenz, die jedoch nicht näher definiert wird, als Kriterium für den Einsatz geeigneter Pflegefachkräfte auf.

Seit Beginn des Jahres 2006 fließen die Empfehlungen zur qualitätsgesicherten Durchführung der Beratungsbesuche in die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nach den Paragrafen 112 und 114 SGB XI ein. Ambulante Pflegeeinrichtungen werden nun auch dahingehend überprüft, ob erfahrene Pflegefachkräfte mit besonderer Beratungskompetenz die Beratungseinsätze durchführen und dokumentieren.

Der Zwiespalt von Beratung und Kontrolle

Beratung und Kontrolle lassen sich vom Grundsatz her nicht miteinander vereinigen. Dennoch sind die beratenden Pflegekräfte vom Gesetzgeber hierzu verpflichtet. Dies kann zu starken Rollenkonflikten führen. Ein Beratungsverständnis, das die Rahmenbedingungen nicht negiert, sondern sie offen in die Beratung einbezieht, kann hier Entlastung für die Pflegekräfte bieten. Selbstverständlich erfordert dies jedoch auch vielseitige Kompetenzen aufseiten der Pflegekräfte. Pflegefachliches Wissen allein reicht nicht aus, um in vielfältigen und vielschichtigen Situationen beratend tätig zu sein. Hierzu ist ein Zusammenspiel kommunikativer, didaktischer, sozialer und methodischer Kompetenzen mit fachlichem Wissen auf unterschiedlichen Ebenen notwendig. Der Erwerb dieser Kompetenzen dient zudem dazu, die Pflegekraft vor einer potenziellen Überforderung durch die Beratungsbesuche und den damit verbundenen – gesetzlich vorgeschriebenen – Zwiespalt zu schützen.

Erhobenen Hauptes: Ganzheitliche Rückenschule WS A3

Katharina Rogalla,
Physiotherapeutin, Darmstadt

Aktuelle Forschungen zeigen, dass Körperhaltung und Bewegungsmuster eines Menschen unmittelbar mit seiner emotionalen Grundhaltung verknüpft sind und dass eine Haltungsänderung zu einer Veränderung der Stimmung führt. Wenn diese Erkenntnisse in die Programme zur Rückengesundheit einfließen, lassen sich nachhaltige, positive Veränderungen erzielen, welche die Ziele einer Rückenschule ergänzen und verstärken.

Die Veränderung von Haltung und Bewegung ist ein Prozess, der Zeit braucht und sich nicht theoretisch vermitteln lässt. Während des Kurses erleben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, wie durch Bewegung, Entspannung und Aufrichtung nicht nur körperliches, sondern auch emotionales Wohlbefinden entsteht. Dieses im eigenen Körper kreierte gute Gefühl wirkt motivierend. Motivation wiederum ist der Motor zur Veränderung – so fällt es den Teilnehmern sehr viel leichter, die Impulse eines Kurses im Alltag umzusetzen, wenn diese mit positiven Erfahrungen verknüpft sind.

Grundlagen

In letzter Zeit ist der Zusammenhang zwischen Psyche und Körperhaltung in verschiedenen Studien erforscht worden. Auslöser sind die neuen, spannenden Erkenntnisse der Hirnforschung, welche die Verknüpfung von Gedanken, Emotionen und Körpervorgängen nachvollziehbar machen (zum Beispiel Damasio, Hüther). Es wurde unter anderem festgestellt, dass es kaum möglich ist, aus einer gebeugten, unterwürfigen Körperhaltung heraus Gefühle von Stolz und unbeschwerter Freude zu empfinden. Andererseits wirkt zum Beispiel beschwingtes, aufrechtes Gehen stimmungsaufhellend. Körperhaltung und emotionaler Zustand wirken also gegenseitig impulsgebend. Versuche haben bestätigt, dass diese veränderten Haltungsmuster ihre Wirkung auf die Stimmungslage auch dann haben, wenn den Testpersonen kein Zusammenhang bewusst ist. Wird diese Verknüpfung allerdings bewusst und nachvollziehbar erlebt und in den Alltag integriert, so kommt es nach und nach zu einer Erweiterung des Bewegungs- und Handlungsspielraums. Diese Forschungsergebnisse untermauern die langjährigen Erfahrungen von Begründern erfolgreicher Konzepte, die Bewegung und innere Haltung zueinander in Bezug setzen: Moshe Feldenkrais („Bewusstheit durch Bewegung"), Gerda Alexander („Eutonie"); auch traditionelle Konzepte wie Yoga und Qigong stellen diese Verbindung her. Vor jeweils sehr unterschiedlichem Hintergrund verfolgen die verschiedenen Methoden dasselbe Ziel: Durch die gegenseitige Anregung von Körpervorgängen und Bewusstsein kann sich die Gesamtpersönlichkeit eines Menschen weiterentwickeln.

Umsetzung

Für die praktische Arbeit in der ganzheitlichen Rückenschule oder Gymnastikgruppe sind diese Erkenntnisse über den Zusammenhang von äußerer und innerer Haltung sehr hilfreich, denn sie zeigen, dass schon kleine Veränderungen alltäglicher Bewegungen zu nachweisbaren Stimmungsveränderungen führen. In der ganzheitlichen Rückenschule wird die Wahrnehmung geschult, die Aus-

wirkung der Aufrichtung auf die Stimmung wird individuell erarbeitet und in den Alltag integriert. Es muss also nicht gleich ein dreistufiger Yoga-Kurs belegt werden, um die positiven Wirkungen von beschwingter Haltung und mühelosen Bewegungen zu erleben. Werden diese Prinzipien in Rückenschulen, Gymnastikgruppen oder auch im Schul- und Altensport umgesetzt, können sie für viele Menschen nutzbar gemacht werden.

Ziele der ganzheitlichen Rückenschule

- Grundlagen der ganzheitlichen Rückenschule theoretisch und praktisch erleben
- Förderung der Körperwahrnehmung
- Wahrnehmung und Regulation des Muskeltonus
- Balance zwischen Aktivität und Entspannung erfahren
- spielerische Veränderung des Bewegungsverhaltens ausprobieren
- Verknüpfung von typischen Haltungen und Stimmungen im Berufsleben identifizieren
- Strategien zum Transfer in den Alltag kennenlernen
- Bück- und Hebetechniken sowie Haltungsschulung erarbeiten

Maßnahmen

- Wahrnehmung des „Ist-Zustands“ zu Beginn der Kurseinheit – dieser wird während des Kurses und am Schluss mit den gefühlten Veränderungen verglichen
- die vermittelte Theorie wird praktisch nachvollziehbar, zum Beispiel lässt sich Anatomie am eigenen Leib erfahren
- Einsatz von ausgewählter Musik zur Unterstützung von Bewegungen und Stimmungen
- Partnerübungen
- Reflexion von Bewegung und Haltung in der Gruppe
- Bezüge herstellen zwischen Gefühlen und Bewegungen, Exkurs: Körpersprache
- Humor (zum Beispiel Lach-Yoga)
- Elemente der klassischen Rückenschule werden unter Berücksichtigung ganzheitlicher Bewegungskonzepte (zum Beispiel Feldenkrais, Progressive Muskelentspannung, dynamische Entspannung) eingesetzt

Kursstruktur

Die ganzheitliche Rückenschule eignet sich sowohl für ein fortlaufendes Angebot als auch als Wochenend- oder Tagesseminar. Sie kann auch als praktische Ergänzung in Fortbildungsveranstaltungen (zum Beispiel zur Burn-out-Prophylaxe) integriert werden.

Literatur

Boyesen G, Bergholz P: Dein Bauch ist klüger als du. Miko-Edition, Mikado Verlagsgesellschaft, 2003

Grönemeyer D: Mein Rückenbuch. Zabert Sandmann, 2004

Storch M, Cantieni B, Hüther G, Tschacher W: Embodiment. Hans Huber, 2006

Die KRISTA-Studie der BGW: Rückengerecht arbeiten mit dem Pflegebett

WS A4

Barbara-Beate Beck,
Forum fBB, Hamburg
Norbert Wortmann,
BGW, Hamburg

Das Bewegen von immobilen Bewohnern und auch ihre Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens können zu Rückenbeschwerden bei den Pflegekräften führen. Um die physische Belastung der Pflegekräfte zu reduzieren, wurde im Rahmen einer Studie der BGW die Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme „Rückengerechte Arbeitsweise an und mit dem Hilfsmittel Pflegebett" untersucht.

Studiendesign

Bei der KRISTA-Studie (Kreuzinterventionsstudie zu Haut- und Rückenerkrankungen in der Altenpflege) handelt es sich um eine prospektive Interventionsstudie mit Kontrollgruppendesign, in der Daten zu Haut- und Rückenerkrankungen bei Beschäftigten in der Altenpflege erhoben wurden. Für den Studienablauf wurde ein gestuftes Vorgehen festgelegt: Die erste Stufe diente der Erfassung der Prävalenzraten von Haut- und Rückenerkrankungen (Prävalenzstudie); in der zweiten Stufe wurden die Interventionsmaßnahmen in einer zufällig ausgewählten Stichprobe von Altenpflegeeinrichtungen durchgeführt (Interventionsstudie).

Die Datenerhebung erfolgte über

- Telefoninterviews mit der Pflegedienstleitung zu betrieblichen Rahmenbedingungen und zur Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- schriftliche Befragungen der Beschäftigten zu Hautveränderungen im Bereich der Hände, zu Rückenerkrankungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, zu haut- beziehungsweise rückenbelastenden Arbeitssituationen, zur Arbeitsfähigkeit, zum allgemeinen Gesundheitszustand und zu soziodemografischen Merkmalen
- körperliche Untersuchungen der Haut der Beschäftigten im Bereich der Hände sowie des Rückens im Bereich der Lendenwirbelsäule (nach dem Mehrstufenprinzip nach Grifka) durch Betriebsärzte

Dies geschah jeweils zu Beginn der Studie und erneut zwölf Monate nach Abschluss der Maßnahme.

Studienteil zum Thema Rückenbeschwerden

347 Pflegekräfte aus 22 stationären Altenpflegeeinrichtungen wurden in die prospektive Studie einbezogen und zufällig entweder der Interventionsgruppe (IG, N=201) oder der Kontrollgruppe (KG, N=146) zugeordnet. Um die Unterstützung der Leitungsebene für die einjährige Studiendauer zu gewährleisten, wurden die Führungskräfte in den Altenpflegeeinrichtungen, die an der Interventionsgruppe teilnahmen, eingeladen, sich im Rahmen eines Seminars über den Ablauf der Studie und das Konzept der Präventionsmaßnahme „Rückengerechte Arbeitsweise an und mit dem Pflegebett" mit Demonstration zu informieren. In den Wohnbereichen (N=46) wurden vor und erneut drei

Monate nach der Maßnahme standardisierte Ist-Analysen durchgeführt in Bezug auf die Ausstattung mit Pflegebetten und die Bedingungen für die rückengerechte Arbeitsweise an und mit dem Pflegebett; dies wurde dokumentiert.

Die Pflegekräfte aus der Interventionsgruppe nahmen an einem eintägigen Seminar teil. Im Rahmen des Seminars wurden folgende Inhalte vermittelt:

- rechtliche Grundlagen
- biomechanische Grundprinzipien und ihre Relevanz für Pflegetätigkeiten an und mit dem Pflegebett
- ergonomische Gestaltung des eigenen Arbeitsplatzes
- Unterweisung im Umgang mit dem Pflegebett
- praktische Übungen zur rückengerechten Arbeitsweise an und mit dem Pflegebett

Anschließend folgte eine dreimonatige Optimierungsphase mit Praxisbegleitung auf der Station (je Wohnbereich dreimal zwei Stunden) durch die Trainerin inklusive eines Nachgesprächs bezüglich der erfolgten Umsetzung.

Um standardisierte Bedingungen für die Durchführung der Interventionsmaßnahmen zu gewährleisten, wurden die Trainerinnen speziell qualifiziert und hinsichtlich einer einheitlichen Vermittlung der Lehrinhalte geschult. Für die Interventionsmaßnahme wurde ein Umsetzungsleitfaden entwickelt, anhand dessen die Schulungen der Trainerinnen durchgeführt wurden. Um standardisierte Untersuchungstechniken der Betriebsärzte zu gewährleisten, wurde für diese eine Fortbildungsveranstaltung zur arbeitsmedizinischen Hautbefundung der Hände und zur Untersuchung des Bewegungsapparats durchgeführt.

Für eine erfolgreiche Teilnahme der Altenpflegeeinrichtung an der Interventionsmaßnahme war Voraussetzung, dass mindestens 70 Prozent der in der Altenpflege tätigen Beschäftigten an der betrieblichen Maßnahme teilnahmen. Für die übrigen 30 Prozent wurde angenommen, dass sie mittels „Schneeballeffekt" von den Kolleginnen und Kollegen über die Neuerungen informiert werden.

Ergebnisse

Nach den Seminaren waren die Pflegebetten in zwölf Wohnbereichen besser positioniert und für Pflegende von zwei Seiten zugänglich. Die Einrichtungen der Interventionsgruppe (IG) hatten am Ende der Studie mehr kleine Hilfsmittel angeschafft als die der Kontrollgruppe (KG) und diese auch häufiger regelmäßig in der Pflege eingesetzt.

Kleine Hilfsmittel	Veränderung der Ausstattung*	
	Interventionsgruppe 13 Einrichtungen	Kontrollgruppe 11 Einrichtungen
Antirutschmatte	+7	±0
Rutschbrett	+4	-3
Gleittuch/-matte	+6	+2

* Zunahme (+) beziehungsweise Abnahme (-) am Ende der Studie gegenüber Studienbeginn

Tabelle: *Ausstattung mit kleinen Hilfsmitteln bei Studienabschluss — getrennt nach Gruppenstatus*

Beim Bewegen von Bewohnern wurde die Höhenverstellbarkeit der Betten in beiden Gruppen zu Beginn der Studie von etwa 80 Prozent der Pflegekräfte fast immer genutzt; am Ende der Studie zeigte sich für die IG keine Verbes-

serung dieser bereits guten Ausgangslage. Orthopädisch auffällige Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) waren zu Studienbeginn häufiger in der IG als in der KG (Abbildung). Zwölf Monate nach der Intervention war der Anteil an LWS-Befunden in der IG unverändert. In der KG hat sich der Anteil an LWS-Befunden verdoppelt. In beiden Gruppen hatten zu Beginn der Studie etwa 14 Prozent der Pflegekräfte einen auffälligen Befund im Bereich der Halswirbelsäule (HWS). Zwölf Monate nach der Maßnahme hielten sich verbesserte und verschlechterte HWS-Befunde in beiden Gruppen die Waage. Um eine signifikante Veränderung im Bereich der Rückenbeschwerden zu erreichen, war vermutlich der zeitliche und inhaltliche Umfang der Intervention zu gering.

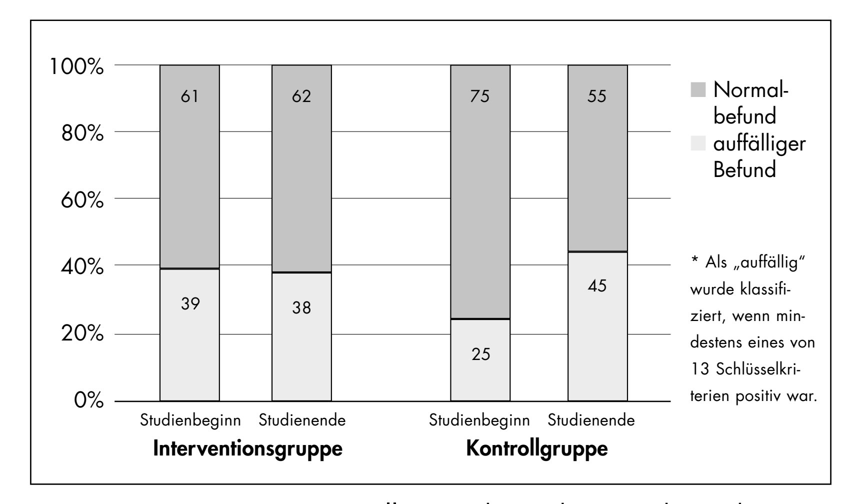


Abbildung:
Orthopädische Befunde im Bereich der LWS – Erst- und Abschlussuntersuchung*

Neben der Vorstellung der KRISTA-Studie setzt sich der Workshop auf dem bgwforum 2007 mit den unterschiedlichen Anforderungen an ein Pflegebett auseinander: Pflegebetten müssen vielen Ansprüchen gerecht werden: ergonomisch, bewohnergerecht, sicher, finanzierbar ... Diskutiert wird, was bei der Erprobung, der Anschaffung und der Finanzierung eines Pflegebetts bedacht werden sollte. Hierbei geht es auch um die Frage: Was macht ein Pflegebett bewohnergerecht – auch im Sinne der Sturz- oder Dekubitusprophylaxe, für Bewohner mit Schmerzen oder Schwergewichtigkeit? Und da es sich bei dem Pflegebett um ein Medizinprodukt handelt, werden außerdem Themen wie Wartung, Überprüfung, sicherheitstechnische Kontrollen und Unterweisung angesprochen.

Demonstriert wird im Praxisteil des Workshops beispielhaft, wie das technische Hilfsmittel Pflegebett die physische Belastung der Pflegekräfte in Verbindung mit der rückengerechten Arbeitsweise nach dem Ergonomico-Konzept wirksam reduzieren kann.

Distanz entlastet: Schuld und Verantwortung klar unterscheiden WS A5

Otto Inhester,
Diplompädagoge, Dorsten

Schuldgefühle machen einen erheblichen Teil der psychischen Belastungen (Dysstress) in der Altenpflege aus. Die negativen Folgen für Mitarbeiter und Organisation lassen sich reduzieren, wenn durch eine systematische Aufarbeitung verhindert wird, dass unbearbeitete Schuldgefühle eine destruktive Eigendynamik entfalten.

Die Aufarbeitung erfolgt durch geeignete Mitarbeitergespräche, in denen die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Bewältigung der psychischen Belastungen unterstützt und die institutionellen Hintergründe von Schuldgefühlen konstruktiv für die Organisationsentwicklung genutzt werden. Letzteres verfolgt das Ziel, den Zusammenhang zwischen dem pflegerischen Patientenrisiko und dem schuldgefühlauslösenden Organisationsklima aufzuarbeiten und für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Pflegequalität zu nutzen.

Theoretische Grundlagen: Der Zusammenhang von Bewohnerrisiko und schuldgefühlauslösendem Organisationsklima

Die Ursachen für die Entstehung von Schuldgefühlen in der Altenpflegearbeit sind nicht in erster Linie in isoliert auftretenden, akut unerwünschten Ereignissen (AUE) zu suchen. Zwar führen solche – etwa Fehler in der Medikation, Stürze oder Flucht von Bewohnern, Auftreten medizinischer Komplikationen – bei den pflegenden Mitarbeitern zu Schuldzuschreibungen und Selbstvorwürfen. Tatsächlich jedoch manifestieren sich in den AUE verdeckte und unbemerkte Risikostrukturen, die als „Verkettung unglücklicher Umstände" gedeutet werden. Danach werden risikoreiche Arbeitsbedingungen, Defizite in der Personalentwicklung und -führung, Beinahefehler, Fehler ohne sichtbare Folgen und Fehler mit unterdrückten Folgen offiziell nicht zur Kenntnis genommen und ihre Thematisierung wird latent systematisch unterdrückt. Auf diese Weise entsteht eine organisierte Fehlerkultur, die ein dauerndes Bewohnerrisiko darstellt und ein schuldgefühlauslösendes Organisationsklima (SAOK) erzeugt. Eine sich selbst verstärkende Dynamik verbindet so die pflegerischen Risiken der Bewohner mit den gesundheitlichen Risiken der Mitarbeiter und führt zu enormen sozialen und wirtschaftlichen Schäden. Ein entscheidendes Merkmal von SAOK ist ein organisierter Zustand ungeklärter und nicht wahrgenommener Verantwortung.

Strategien einer konstruktiven Gesprächskultur: Die Verbindung von Personal- und Organisationsentwicklung

Der Zusammenhang von SAOK und Patientenrisiko führt aber auch zu dem hier vorgestellten Ansatz. In diesem gewährleistet eine entsprechende Gesprächskultur die Unterstützung der Mitarbeiter bei der Bewältigung psychischer Belastungen infolge einer risikoreichen Situation. Zugleich werden die Gesprächsprozesse aufgrund des in ihnen möglichen Erkenntnisgewinns mit Organisationsentwicklungsaufgaben verbunden.

Der konstruktive Umgang mit Schuldgefühlen nimmt seinen Ausgangspunkt – und muss ihn nehmen – bei der emotionalen Unterstützung der Mitarbeiter. Die Strategie der Gesprächsführung verfolgt folgende Ziele:

- **Emotionale Unterstützung:**
  Die Gespräche bringen empathisches Führungsverhalten und die Übernahme von Verantwortung durch die Führung der Institution zum Ausdruck. Sie erzeugen ein Organisationsklima der offenen Aussprache, in der unerwünschte Zustände nicht das Problem des Einzelnen bleiben. Sie beugen der Unzufriedenheit von Mitarbeitern vor und bieten ihnen die Chance eines konstruktiven Auswegs. Aus Organisationssicht kommt es darauf an, Schuldgefühle des Mitarbeiters als positive Motivation zu bewerten (und zu spiegeln), in der seine Bereitschaft zur Übernahme sozialer Verantwortung zum Ausdruck kommt.

- **Hilfe und Anleitung bei der Stressbewältigung durch kognitive Umstrukturierung und Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit:**
  Ziel dieser Gesprächsphase ist die Aufarbeitung und Analyse situativer und persönlicher Anteile an den schuldgefühlauslösenden Ereignissen und Zuständen. Der Mitarbeiter kommt so zu einer klareren Einschätzung und Bewertung der Lage, seiner eigenen Rolle und seiner diesbezüglichen Wahrnehmungen und Bewertungen. Die durch kognitive Umstrukturierung gewonnene Entlastung stellt sich nicht durch Verdrängen oder Schönreden der Wirklichkeit ein, sondern durch wiedergewonnene Handlungsfähigkeit.

- **Organisatorische Gespräche zur Rekonstruktion von Verantwortlichkeiten:**
  Wesentlich kommt es hier darauf an, die Schuldgefühle von Mitarbeitern als Indikatoren für ein latentes Patientenrisiko zu würdigen. Die Mitarbeiteraussagen über Ereignisse und Zustände und die von ihnen vorgenommene emotionale und fachliche Bewertung werden als Erkenntnisquelle gewürdigt. In der Analyse von Schuldgefühlen werden situative Elemente sichtbar, die einer Veränderung bedürfen – etwa durch zusätzliche Qualifizierung oder bessere Anpassung zwischen zu bewältigenden Aufgaben, institutionellen und persönlichen Ressourcen – Reorganisation von Verantwortung.

Spannungen vermeiden – Konflikte konstruktiv lösen

WS A6

Dr. Maren Kentgens,
metapunkt, Hamburg

Jeder kennt sie, keiner will sie: Konflikte belasten den Arbeitsalltag. In Teams werden die unterschiedlichen Meinungen und Interessen gern mal unter den Teppich gekehrt, wo sie munter weiter schwelen. Wie man mit Konflikten konstruktiv umgeht, ist Thema dieses Beitrags zum bgwforum 2007.

Typische Konflikte – inklusive Mobbing
Unterschieden werden
- Sach- und
- Beziehungskonflikte.

Die ersten sind über der Wasseroberfläche des legendären Eisbergs angesiedelt, die zweiten liegen darunter und nehmen damit acht Neuntel der „Gesamtfläche" ein. Typisch sind jedoch nicht nur die Arten von Konflikten, sondern auch deren Verläufe: Konflikte verlaufen in Teufelskreisen mit sich immer enger drehenden Spiralen und neun Eskalationsstufen hinunter bis in den „Keller".

Konflikteskalationen
Friedrich Glasl definiert neun Stufen, die Konflikte nehmen, wenn sie zunehmend schmerzhafter und folgenintensiver werden:

- **Verhärtung:** Standpunkte verhärten sich, Meinungen stehen gegeneinander, allerdings noch ohne starre Lagerbildung. Kooperation ist noch größer als Konkurrenzsuche.

- **Debatte:** Polarisieren im Denken, Fühlen, Wollen in Richtung Schwarz-Weiß-Denken. Es besteht eine Diskrepanz zwischen Obertönen und Untertönen. Abwertungen treten zutage, sodass sich Konkurrenz zur Kooperation gesellt.

- **Tatsachen:** Strategie der vollendeten Taten im Sinne von „Reden hilft nichts mehr". Dies birgt die Gefahr der Fehlinterpretationen. Kooperation ist nun kleiner als die herrschende Konkurrenz.

- **Koalition:** Es wird um Dritte als Anhänger geworben und einander gegenseitig in negative Rollen manövriert. Es beginnt das gegenseitige Bekämpfen; „double-bind" durch paradoxe Aufträge tritt zutage.

- **Demaskierung:** Gesichtsverluste sind hier das Ziel, es wird sich Verrat, Verbrechen, Ehrverlust vorgeworfen. Das Bild Engel-Teufel entsteht. Ideologie, Werte und Prinzipien werden ins Feld geführt.

- **Bedrohung:** Die Spirale von Drohung und Gegendrohung kommt in Gang: Forderung, Sanktionspotenzial, Sanktion. Das Ganze wird durch Ultimaten verschlimmert.

- **Begrenzte Schläge:** Werte und Tugenden kehren sich ins Gegenteil, ins „Unmenschliche“. Ein relativ kleinerer eigener Schaden wird als Gewinn betrachtet.

- **Zersplitterung:** Zusammenbruch des feindlichen Systems wird bewirkt.

- **Totale Vernichtung:** Es gibt keinen Weg mehr zurück und es herrscht totale Konfrontation. Vernichtung des Feindes wird auch zum Preis der Selbstvernichtung beabsichtigt (à la Rosenkrieg).

Konstruktive Konfliktlösungen
An welcher Stufe ist welche Unterbrechung, welche Maßnahme notwendig, um die Treppe nicht weiter in den Keller zu marschieren? Wo können wir uns noch selbst helfen – und wie? Wo brauchen wir Hilfe – und durch wen? Und was bedeutet dabei die Differenzierung zwischen Sach- und Beziehungskonflikten? Wie muss ich mit welchem Konflikttypus anders umgehen? Anhand von (Praxis-) Beispielen und im interaktiven Workshopgeschehen lassen sich diese Fragen am nachhaltigsten erörtern.

Netzwerken – aber richtig! WS A7

Doris Venzke,
Venzke – Beratung & Training, Wörth am Rhein

Seit 2004 bestehen zwei regionale Netzwerke der BGW, die Mitgliedsbetriebe bei der Einführung und Umsetzung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements begleiten. Was macht sie erfolgreich?

Mit den Netzwerken bietet die BGW versicherten Unternehmen praxisnahe Unterstützung im Anschluss an abgeschlossene Projekte zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Die beiden zurzeit aktiven Gruppen haben eine unterschiedliche Größe und Zusammensetzung. So umfasst das Regionale Netzwerk Nord verschiedene Branchen, darunter zum Beispiel die Martha Stiftung in Hamburg, die Soziale Arbeitsstätte Altenoythe und das Krankenhaus Groß Sand in Hamburg. Im Regionalen Netzwerk Süd sind ausschließlich Einrichtungen der stationären Altenhilfe zusammengeschlossen, unter anderem das Georg-Reinhardt-Haus in Schopfheim oder die Metzger-Gutjahr-Stiftung in Emmendingen sowie das St. Josefshaus Herten.

In den Netzwerken geht es vor allem um Fragen, die gemeinsam effektiver bearbeitet werden können als allein und die vom Erfahrungsaustausch der Teilnehmer profitieren: Wie lässt sich die betriebliche Gesundheitsförderung am besten nachhaltig sicherstellen und weiter verbessern? Welche Synergien können genutzt werden? Welche Maßnahmen waren bisher in den anderen Einrichtungen erfolgreich?

Wie arbeiten die Netzwerke?
Die Partner treffen sich zweimal im Jahr für einen bis eineinhalb Tage (Netzwerk Nord) beziehungsweise einen Tag (Netzwerk Süd) reihum in einer der teilnehmenden Einrichtungen. Die Treffen ermöglichen in einem eher informellen Rahmen sowohl einen Erfahrungsaustausch als auch das Arbeiten an vereinbarten Themen und möglichen Umsetzungsstrategien. Dabei geht es zum Beispiel um den Umgang mit Aggression und Gewalt, Konzepte zur Personalentwicklung oder den demografischen Wandel, der die Einrichtungen unter anderem mit immer älter werdenden Beschäftigen konfrontiert. Spezifische Probleme werden bei Bedarf mithilfe der Methode „kollegiale Beratung" systematisch bearbeitet. Häufig werden Themen zunächst mit einem Fachvortrag (externe Referenten) eingeführt und anschließend die individuellen Möglichkeiten der Einrichtungen erarbeitet und diskutiert. Bestandteil der Treffen ist außerdem ein geführter Rundgang durch die gastgebende Einrichtung. Der Blick „von außen" bietet Anregungen und Ideen für Verbesserungen.

Was ist das Erfolgsrezept der Netzwerke?
Vertrauen und Wertschätzung prägen den Umgang der Netzwerkpartner miteinander. Man lernt von den Erfahrungen der anderen. Bei jedem Treffen werden dann für die jeweilige Einrichtung passende Handlungsschritte festgelegt. Insgesamt steht ein geringer Aufwand einem hohen Nutzen gegenüber. Ge-

rade die Heterogenität der Partner eröffnet neue Perspektiven. Auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selbst profitieren: Sie erfahren Unterstützung in ihren unterschiedlichen Positionen und können die eigene Rolle als Akteur im betrieblichen Gesundheitsmanagement reflektieren.

Schlüsselgrößen für eine erfolgreiche Netzwerkarbeit

1. Netzwerkvorbereitung:
- Klärung der Eigenmotivation
- Klärung der Notwendigkeit zur Netzwerkarbeit (Formulierung von Win-Win-Situationen)

2. Projektvorbereitung:
- Formulierung der Netzwerkziele
- Festlegung von Aufgaben und Ressourcen

3. Steuerung des Netzwerks:
- Koordination und Steuerung

4. Regelmäßige Evaluation:
- Selbstevaluation und Qualitätsentwicklung
- externe Evaluation

Wie sind die Netzwerke organisiert?

Die Netzwerke finanzieren sich selbst. Beide sind lose Zusammenschlüsse, die auf Freiwilligkeit beruhen. Ein Ausstieg ist jederzeit möglich. Für den Zusammenhalt der Gruppe ist ein Netzwerkmanagement unerlässlich. Es umfasst die Koordination und Steuerung der Netzwerkaktivitäten, die Moderation der Treffen und den Wissensinput zu spezifischen Themen. Das Netzwerkmanagement wird von erfahrenen externen Beraterinnen übernommen.

Literatur

Groß D, Holz G, Boeckh J: Qualitätsentwicklung lokaler Netzwerkarbeit. Ein Evaluationskonzept und Analyseraster zur Netzwerkentwicklung. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS-Pontifex 1/2005

Qualitätsmessung in der Altenpflege WS A9

Prof. Dr. Renate Stemmer,
Katholische Fachhochschule,
Mainz

Der zunehmende gesundheitspolitische und ökonomische Druck sowie die sich verändernden Ansprüche der Pflegeleistungsempfänger (unter anderem Bewohner von Alten- und Pflegeheimen, Pflegebedürftige und deren Angehörige in der ambulanten Versorgung) erfordern, dass die Pflege die Effektivität und Effizienz ihrer Leistungen nachweisen muss. Dabei ist es erklärtes Ziel aller Beteiligten, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu sichern. Viele Fragen sind aber noch offen, wenn es darum geht, die Qualität der Pflege und Versorgung zu bestimmen und zu messen.

Zu den bisherigen Schritten gehören die Vergabe von Qualitätssiegeln und die Entwicklung von Zertifizierungsmaßstäben als Verfahren der externen Qualitätssicherung. Diese richten ihr Augenmerk überwiegend auf Aspekte der Struktur- und Prozessqualität. Bislang liegen aber keine gesicherten Daten darüber vor, ob sich die Qualität der zertifizierten Einrichtungen von der Güte der nicht zertifizierten Einrichtungen unterscheidet.

Darüber hinaus werden nicht zuletzt auf Veranlassung des MDK vielerorts Pflegevisiten als Maßnahme der internen Qualitätssicherung durchgeführt. Bei genauerem Hinschauen zeigt sich, dass deren Zielsetzung und Durchführung stark variieren. Zu den Zielsetzungen gehören:

- pflegebezogene Qualitätssicherung
- Personalanleitung und Personalentwicklung
- Marketing und Kundenbindung
- Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der Einsätze und der durchgeführten Maßnahmen
- Sonstiges [1]

Auch die Durchführung kann stark variieren. Zur Diskussion stehen sowohl die Häufigkeit der Durchführung, die teilnehmenden Personen als auch der „Visitationsgegenstand". Pflegevisiten haben den Charakter einer Kurvenvisite, eines Besuchs beim Bewohner oder Kunden sowie einer teilnehmenden oder nicht teilnehmenden Beobachtung bei der Erbringung von Pflegeleistungen.

Es gibt kaum Aussagen dazu, welche der genannten Verfahrensweisen dem Ziel der Sicherung und Entwicklung von Pflegequalität am ehesten gerecht wird. Kein Zweifel besteht aber daran, dass zur Messung von Pflegequalität Maßstäbe eingesetzt werden müssen. Hinsichtlich der Prozessqualität bestehen diese Maßstäbe häufig aus zuvor definierten Pflegestandards. Hinsichtlich der Evaluation der Ergebnisqualität bedarf es des Einsatzes von Qualitätsindikatoren. Wenn es um bewohnerbezogene Ergebnisqualität geht, können Qualitätsindikatoren aus verschiedenen Instrumenten abgeleitet werden. Ein Beispiel stellt das Resident Assessment Instrument (RAI) dar. RAI wurde Ende der 1980er-Jahre entwickelt mit dem Ziel, die Pflegequalität in US-amerikanischen Pflegeheimen zu steigern. Das RAI besteht aus einem Assessmentbogen (Minimum Data Set [MDS]), einer Risikoerkennungstafel sowie sogenannten

Abklärungshilfen. Der Assessmentbogen dient der Erfassung eines Ausgangsstatus; mithilfe der Risikoerkennungstafel werden besonders relevante Informationen fokussiert, die dann über die Abklärungshilfen weiter analysiert werden können. Mittlerweile wurden unter Bezug auf das MDS 24 Qualitätsindikatoren entwickelt, 16 der Qualitätsindikatoren sind ergebnisorientiert [2].

Neben der bewohnerbezogenen Messung von Pflegequalität lassen sich für Fragen der internen Steuerung Qualitätsindikatoren abteilungs- oder institutionsbezogen erheben. Zu unterscheiden sind objektive und subjektive Indikatoren. Zu den objektiven gehören unter anderem die Dekubitusinzidenz und die Sturzhäufigkeit. Mit einer entsprechenden Schulung der pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und gezielten Begleitung durch das Qualitätsmanagement lassen sich diese Indikatoren relativ genau erheben.

Neben den objektiven Indikatoren für die Messung der (Ergebnis-)Qualität kommt der subjektiven Seite, also der von den Bewohnern wahrgenommenen Qualität, eine zentrale Rolle zu. Messgrößen sind hier die Zufriedenheit sowie die Lebensqualität der Bewohner. Im deutschsprachigen Raum wird häufig die Messung der Zufriedenheit versucht. Die Schwierigkeiten dabei sind verschiedentlich diskutiert worden [3].

Als weiterer subjektiver Indikator wird im internationalen Raum die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität präferiert. Studien zeigen, dass der Verlust von Unabhängigkeit, zum Beispiel bei Urininkontinenz oder nach Frakturen aufgrund von Stürzen, die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität erheblich beeinträchtigt [4]. So gilt die Lebensqualität der Bewohner und Kunden als wichtiger Qualitätsindikator, auch für die Effektivität von Pflegeleistungen. Deren Messung ist jedoch kaum einfacher als die Messung von Zufriedenheit.

Literatur

[1] *Habermann M, Biedermann H: Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Mabuse, 2007: 150*

[2] *Zimmerman DR: Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. International Journal of Geriatric Psychiatry 2003;18: 250-257*

[3] *Stemmer R: Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. PrInternet 2005;7(7/8): 430-435*

[4] *Sitoh YY, Lau TC, Zochling J, Schwarz J, Chen JS, March LM et al.: Determinants of health-related quality of life in institutionalised older persons in northern Sydney. International Medicine Journal 2005;35: 131-134*

Intervision:
Probleme lösen durch kollegiale Beratung WS A11

Thomas Eckardt,
Eckardt & Koop.-Partner, Beratung, Training, Coaching, Lahnau

Im Vorfeld ist es sinnvoll, allgemeingültige Regeln für den Ablauf einer Intervision festzulegen (zum Beispiel: Akutfall hat Vorrang; Reihenfolge themenspezifischer Fälle; welche Hilfsmittel – wie Formblatt Problemspeicher et cetera). Das vorgegebene Zeitlimit soll eingehalten werden, wobei die Intervisionsuhr eine sinnvolle Hilfe ist. Sie sollte für alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer sichtbar im vorderen Teil des Raumes aufgehängt werden. Der im Vorfeld festgelegte Zeitrahmen sollte 60 bis 90 Minuten nicht überschreiten.

Der Intervisant (Fallspender) darf in seiner Falldarstellung nicht von den Intervisoren (Beratern) unterbrochen werden. Es wird jeweils nur ein Fall besprochen und alle Teilnehmer sollten es vermeiden, Wertungen zu vollziehen. Ein Moderator wird vorher festgelegt, eine Vertretungsregelung (für Krankheit, Urlaub und so weiter) abgesprochen. Vor der Intervisionssitzung sollte außerdem eine Person benannt sein, die Störungen fernhält (wie ein Mitarbeiter oder Praktikant).

Die Intervisionsphasen bestehen aus:

I. Warm-up

II. Sachstandsbericht

1. Falldarstellung
2. Fragen und Antworten
3. Situationsanalyse
4. Lösungen/Beratungen
5. Würdigung/Maßnahmenplan
6. Feedback/Sharing

I. Warm-up

Für diese Phase sind maximal fünf Minuten vorgesehen. Sie soll in einem geschützten und störungsfreien Raum stattfinden. Dies ermöglicht ein Praktikant oder Mitarbeiter der Intervisionsgruppe, der zuvor mit dieser Aufgabe betraut wurde.

Der Moderator ist durch eine Rotationsregel im Vorfeld bestimmt; er muss Prozesswissen haben. Er oder sie führt durch den Prozess und ist inhaltlich nicht involviert. Der Moderator sorgt für eine positiv-konstruktive Arbeitsatmosphäre und eröffnet die Sitzung.

Nach einem kurzen Stimmungsbarometer, bei dem jeder Teilnehmer nach seiner Befindlichkeit gefragt wird (und/oder an einem Barometer seine Stimmung kenntlich macht), beginnt man mit der Fallauswahl. Akute Fälle haben Vorrang und sollten zuerst bearbeitet werden. Das Formblatt „Intervisionsspeicher" dient der Orientierung und Vorplanung und wird Schritt für Schritt abgearbeitet.

II. Sachstandsbericht
Nun folgt ein kurzer Bericht des letzten Intervisanten. Danach werden alle Beteiligten gefragt, ob sie bereit für einen neuen Fall sind. Stimmen sie zu, kann es mit der Falldarstellung weitergehen.

1. Falldarstellung
In diesen 10 bis 15 Minuten spricht nur der Intervisant beziehungsweise Fallspender! Zunächst schreibt er seine persönliche Fragestellung auf ein Flipchart. Bei der Fragestellung sollte der Intervisant beachten:
a) Bin ich selber Gegenstand der Falldarstellung?
b) Ist der Kunde Gegenstand der Falldarstellung?
c) Ich weiß es nicht.

Der Intervisant stellt dann seinen Fall visuell auf dem Flipchart dar (kann schon vorbereitet sein oder direkt angefertigt werden) und erläutert die Eckdaten:
- Wer oder was?
- Alter?
- Diagnose?
- Beruf?
- Wie lange im Haus?

Mündlich ergänzt wird die Vorstellung durch die Beschreibung des Äußeren des Kunden, einen typischen Kernsatz, den dieser sagen würde, und eventuelle Unterlagen aus dem genutzten Dokumentationssystem. Des Weiteren ist es Aufgabe des Intervisanten, die Betreuungs- und Behandlungsplanung (IBRP oder andere Instrumente) zu sichten und gegebenenfalls wichtige Punkte daraus zu erläutern, wie Problemlagen, Entwicklung und Zielsetzung.

Eine weitere Methode der Falldarstellung ist die Soziometrie. Es ist möglich, das Soziogramm analog der Falldarstellung im Voraus zu zeichnen; spannender ist jedoch eine spontane Entstehung, bei der Veränderungen sichtbar werden. Der Verlauf stellt sich folgendermaßen dar:
1. Methodik: Weißwandtafel mit Magneten (unterschiedliche Farbe und Größe) und Weißwandstiften
2. Flipchart und Stifte
3. Figuren aufstellen
4. Organisationsaufstellung mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern
5. Overhead-Projektor und Folie (bei weniger aufwändigen Darstellungen)

Der Intervisant setzt sich nun auf der Weißwandtafel (oder anderen Hilfsmitteln) mit anderen Faktoren in Beziehung, um einen genauen Überblick zu geben. Die Striche zwischen den Figuren (Magneten oder Ähnliches) zeigen die Zusammenhänge auf:
<— — — — —> Beziehung gut
<-.-.-.-.-.-.-.-> ambivalent
<-------------> schlecht

Situationsbeschreibung: Es folgt eine sehr detaillierte verbale Beschreibung der auslösenden Situation. Diese Beschreibung gehört noch zur Orientierungsphase. Es werden vier Ebenen berücksichtigt:

- Mitarbeiterebene (Kollegen)
- Selbstebene (Emotionen)
- organisatorische Ebene
- Kundenebene

Hier kann der Moderator durch Verdichten und Wiedergabe von Aussagen feststellen, ob alles richtig verstanden wurde. Gegebenenfalls wird die Fragestellung vom Intervisanten nochmals konkretisiert.

2. Fragen und Antworten

In dieser Phase werden offene Fragen gestellt, die immer frei mit Inhalt zu füllen sind. Geschlossene Fragen sind nicht immer effektiv, da sie sich mit „Ja", „Nein", Zahlen, Daten oder Fakten beantworten lassen und somit nicht besonders zum Verständnis beitragen. Sie können jedoch bei Bedarf zur Klärung des Sachverhaltes hilfreich sein. In der Fragephase sollten nach Möglichkeit W-Fragen gestellt werden: Was? Wann? Wie? ... Große Ausnahme dabei sind Warum-Fragen, die vermieden werden sollen. Sinn und Zweck der Fragephase ist die Suche nach möglichen Ursachen. Dabei ist zu bedenken, dass Fragen mächtig sind: Sie können verletzen und blockieren, ebenso können sie einen Reflexionsprozess auslösen. Die Fragephase soll nicht zu einer persönlichen Verteidigungshaltung des/der Intervisanten führen.

Mögliche Fragen zur Falldarstellung können die Eckdaten, der Anlass der Fallvorstellung oder die Situation nach dem Vorfall sein. Es folgen Beispiele für die verschiedenen Ebenen:

Mitarbeiterebene:

- Wie war die Mitarbeitersituation?
- Wie haben andere Mitarbeiter reagiert?
- Welche Anforderungen werden an die Mitarbeiter gestellt?

Selbstebene

- Wie war deine Stimmung (vorher, während, danach)?
- Welche Erwartungen hattest du?
- Wie schätzt du deine Belastung ein?
- Wie sieht deine Selbsteinschätzung in Bezug auf das Team aus?

Organisationsebene

- Wie viele Mitarbeiter waren im Dienst?
- Gab es Termine?
- Wer war für was zuständig?
- Gab es Abweichungen von der Tagesstruktur?
- Ist schon mal eine ähnliche Situation aufgetreten?

Kundenebene

- Welcher Kunde? Welche Kunden?
- Wie war die Stimmung der Kunden (vorher, während, nachher)?
- Gab es Zeugen/Beobachter?
- Was waren die Erwartungen der Kunden?
- Gab/Gibt es ein Verhalten von Gruppenbildung/Solidarisierungen bei den Kunden?

3. Situationsanalyse

Aus allen erhaltenen Antworten der Fragephase werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Karten für mögliche Ursachen erstellt. Es empfiehlt sich eine Einteilung nach Farben oder nach Größe der Zettel. Auf kleine Zettel können Ursachen, auf großen Zetteln Problemfelder definiert werden und auf runde Zettel werden die Namen der jeweiligen Cluster geschrieben.

Dabei ist zu beachten:

- keine Fragen
- keine Lösungen
- nur eine Ursache auf eine Karte!

Dies ermöglicht das Clustern auf dem Flipchart.

Ist das Problem eher offen und nicht auf eine einzelne Person bezogen, kann eine Mind-Map als Hilfsmittel dienen. Der Moderator mischt die Karten und beginnt mit dem ersten Cluster zum Beispiel oben links auf dem Flipchart. Das Clustern ist ein interaktiver Prozess zwischen den Intervisoren, welche die Hauptursachen in einzelnen Bereichen zusammenfassen.

Bei einem geschlossenen Fall besteht ein spezielles Problem bezogen auf eine Person. Hier wird als Hilfsmittel zum Clustern das Fischgrätdiagramm genutzt. Wohin gehört das Problem? Die einzelnen Fischgräten können beispielsweise lauten:

a) Suchtproblematik
b) Biografie
c) Diagnose
d) aktuelle Situation/Kundenbefindlichkeit/persönliche Problematik
e) Medikation
f) psychopathogene Belastung für Mitarbeiter und Kunden
g) Organisation

Je nach Tätigkeitsschwerpunkt und Einrichtung können die Fischgräten auch andere Bezeichnungen haben.

Das Gewichten der Hauptursachen in den Clustern erfolgt per Punktvergabe, das heißt, jeder Teilnehmer kann zwei bis drei Punkte vergeben (je nach Teilnehmerzahl). Die Punktanzahl wird aufsummiert, sodass eine Einteilung in Haupt- und Nebenkomponenten erfolgen kann.

Theoriecontainer:
- Eisberg
- Projektion
- Gegensätze
- Nähe-Distanz
- Resonanzmodell
- Co-Morbidität/-Alkoholismus

4. Lösungen/Beratung

Hier wird das Lösungsblatt zum Eruieren von Lösungsvorschlägen genutzt. Die Vorschläge werden von den Teilnehmern auf Karten geschrieben, die sich aus den Einzelursachen ergaben. So entsteht aus der alten Mind-Map oder dem Fischgrätdiagramm ein neues Cluster. Dabei ist zu berücksichtigen, dass multidimensionale Probleme auch multidimensionale Lösungen brauchen!

5. Würdigung/Maßnahmenplan

Der Fallspender/Intervisant würdigt die Menge an Lösungsvorschlägen und beginnt für sich allein den Selektionsprozess von positiven Vorschlägen bis zu negativen. Die Vorschläge werden in einem Protokoll gesammelt und können vom Intervisanten bewertet werden (bekannt und wirkungslos, bekannt und angewendet, Anwendung noch offen …). Er oder sie sucht sich die brauchbaren Ideen heraus und trifft die Wahl entweder für sich selbst oder es entstehen weitere Themenschwerpunkte für Einzel- oder teambezogene Aufgaben. Es folgt eine Mitteilung an die Gruppe; bei Bedarf werden Verständnisfragen geklärt. Ein Maßnahmenplan muss zusammengestellt werden mit der Leitfrage, was für den Fallspender jetzt zu tun ist. In diesem Maßnahmen- oder Aktionsplan werden, eventuell auch mit konkreten Terminen, die vom Intervisanten ausgewählten Lösungsvorschläge festgehalten. Dieser Plan kann später auch zur Evaluation genutzt werden.

6. Feedback/Sharing

Zum Schluss wird ein kurzes Blitzlicht durchgeführt, mit Rückfragen an alle Teilnehmer. Nun besteht die Möglichkeit für die Intervisoren, von den eigenen Erfahrungen zu berichten. Mögliche Mitteilungen an den Fallspender können sein:
- Mir ging es auch so oder ähnlich.
- Ich hatte die gleichen Emotionen wie du.
- Ich beurteile es anders, da ich es anders probiert habe.

Der Fallspender formuliert ein Feedback an die Gruppe über den Ablauf und sein Empfinden der Sitzung und zeigt ein eigenes Stimmungsbarometer an. Darauf folgt ein Feedback der Intervisoren an den Fallspender und den Moderator der Gruppe. Zum Abschluss gibt der Moderator sein Feedback an alle und beendet die Sitzung mit einem möglichst positiv und konstruktiv erlebbaren Satz.

Es ist sinnvoll, die Intervisionsprotokolle digital zu dokumentieren und in einem Intervisionsordner zu speichern. Dies bildet die Grundlage für spätere Besprechungen sowie für die Evaluation.

Validation® – desorientierte Menschen einfühlsam begleiten WS A12 und WS D10

Heidrun Tegeler,
zertifizierte Ausbilderin in Validation, Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste, Bremen

Bedingt durch die demografische Entwicklung in Deutschland wird in Zukunft der Anteil der sehr alten Menschen rasant ansteigen (2025 ist jeder Dritte über 60 Jahre). Damit steigt auch die Zahl der verwirrten alten Menschen. Neue Möglichkeiten müssen gefunden werden, um mit ihnen kommunizieren zu können, sie zu verstehen, sie am alltäglichen Leben Anteil haben zu lassen.

Validation ist eine Methode zur Kommunikation mit und Unterstützung von hochbetagten Menschen mit Demenz im letzten Abschnitt ihres Lebens. Es geht darum, dass wir uns als Pflegende verändern und uns in die persönliche Realität unseres Gegenübers einfühlen. Es ist nicht das Ziel der Validation, den Zustand sehr alter desorientierter Menschen zu verbessern. Wenn es uns gelingt, eine fürsorgliche, einfühlsame Beziehung herzustellen, können wir wieder neu in Kontakt treten oder auf eine neue Art kommunizieren, die uns und unseren desorientierten zu Betreuenden das Leben erleichtert und hilft, es erfreulicher zu gestalten. Das ist es, was Validation denjenigen anbieten kann, die unter dem Schmerz, den Anstrengungen und der Angst leiden, die bei der Pflege verwirrter alter Menschen entstehen. Validation ist keine Heilmethode – dennoch ist sie für Pflegende und Gepflegte von großem Wert.

Für uns kann es zutiefst erfüllend sein, wenn wir ein intensives Gespräch führen, Lachen oder Weinen miteinander teilen, letztendlich die scheinbar so bizarren Verhaltensweisen verstehen. Validation bringt den alten Menschen Linderung und gleichzeitig Achtung ihrer Menschenwürde. Validation bedeutet Für-gültig-Erklären, Bestätigen, Anerkennen, Wertschätzen, **Gelten-Lassen der Persönlichkeit** und ist eine von vielen Methoden im Umgang mit desorientierten, sehr alten Menschen. Was sie besonders auszeichnet, ist die Wertschätzung des verwirrten sehr alten Menschen.

Herkömmliche Modelle gehen davon aus, dass der verwirrte Mensch ein Defizit hat. Validation nach Naomi Feil berücksichtigt dagegen die emotionale Befindlichkeit, die Grundbedürfnisse und die universellen Gefühle des verwirrten Hochbetagten. Sie orientiert sich an der persönlichen Wirklichkeit des Desorientierten in der letzten Lebensphase, egal, ob diese in der Vergangenheit oder in der Gegenwart liegt. Das Prinzip der Methode besagt, dass Desorientiertheit nicht auf organischen Schäden des Gehirns beruht, sondern dass sich der Hochbetagte unbewusst in die Vergangenheit zurückzieht, um dort Unvollendetes aufzuarbeiten und um der Unerträglichkeit der Gegenwart zu entfliehen. Dieser Rückzug ist also eine Art „Selbsttherapie“, „Selbstheilung“, eine Form des Überlebens. Validation bedeutet in ihrer methodischen Zusammenstellung, die Weisheit der Verwirrten anzuerkennen, die Besonderheiten der Welten sehr alter Menschen zu würdigen.

Validation nach Feil erfordert nicht viel Zeit, setzt aber bei den Anwendern einiges voraus. Um validierend zu arbeiten, müssen die Pflegenden ehrlich mit

sich sein, müssen fähig sein, sich ihren eigenen Gefühlen zu stellen, diese für eine Weile beiseite zu lassen, und müssen willens sein, sich auf die Gefühle des Klienten einzulassen. Das ist nicht jedermanns Sache!

Die Methode der Validation kann genutzt werden bei desorientierten, sehr alten Menschen, die

- kein flexibles Verhaltensrepertoire besitzen,
- an überholten Rollen festhalten,
- mit unbewältigten Gefühlen ringen müssen,
- sich aus der Gegenwart zurückziehen, um überleben zu können,
- die signifikante kognitive Leistungseinbußen aufweisen und nicht mehr zu intellektueller Einsicht fähig sind.

Naomi Feil war die Erste, die das Verhalten der desorientierten Menschen in **vier Phasen** kategorisiert hat: unglücklich orientiert, zeitverwirrt (die Zeitreisenden), wiederkehrende Bewegungen (die Arbeitenden), vegetieren.

Jemanden zu validieren, bedeutet, seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind. Mit Einfühlungsvermögen, Empathie und spezifischen verbalen und nonverbalen Techniken schaffe ich Vertrauen. Vertrauen wiederum gibt Sicherheit; Sicherheit bringt Stärke und stellt das Selbstwertgefühl wieder her. Mit Validation helfe ich dem alten Menschen, seine Würde zurückzugewinnen.

Validation kann eingesetzt werden als individuelle Einzel- und als gezielte Gruppen-Validation. Validation nach Feil heißt, bedürfnisorientiert und ressourcenbezogen zu arbeiten. Wenn dem alten Menschen geholfen wird, seine Erinnerungen und Gefühle zu ordnen, kann er noch zu Lebzeiten seinen inneren Frieden finden.

Im Workshop auf dem bgwforum 2007 werden Grundhaltung, Theorie und Methode der Validation nach Naomi Feil erläutert und durch Übungen und Rollenspiele erfahrbar gemacht.

Alles wunderbar? Mehr Durchblick mit begleitenden Fallbesprechungen

WS A13

Birgit Röschmann,
Dozentin für Pflegeseminare,
„Pflegen mit Rück-Rat“,
Hamburg
Kristina Krüggeler,
Pflegedienstleiterin,
Theodor Fliedner Haus,
Hamburg

Der Anteil der Menschen mit einem sehr hohen Pflegebedarf sowie der Anteil demenziell erkrankter Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen steigt. Durch den Ansatz „ambulant vor stationär“ wird die dann notwendige Pflege und Betreuung deutlich intensiver – das belegen nicht nur Zahlenstatistiken, Praktikerinnen und Praktiker vor Ort erleben dies täglich. Das Gefühl, wiederholt dem eigenen Anspruch nicht gerecht zu werden, kann Schuldgefühle aufbauen. Pflegende erleben sich zunehmend in ihrer Arbeitswelt als überlastet.

Diesen Anforderungen täglich angemessen zu begegnen, stellt eine große Herausforderung dar, die nicht immer allein bewältigt werden kann. Dazu ist ein Rahmen notwendig, in dem das tägliche Tun überdacht und verändert werden kann, ohne Angst zum Beispiel vor arbeitsrechtlichen Konsequenzen. Fehlt diese Auseinandersetzung, kann es auf Dauer zu Krankheiten kommen. Extern begleitete Fallbesprechungen können helfen, das täglich Erlebte kommunizierbar zu machen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. So wird eine weitere Tür geöffnet, damit Pflegekräfte zu einem Team zusammenwachsen, sich dauerhaft gegenseitig stützen und so gesund bleiben.

Einführung

Im Theodor Fliedner Haus im Hamburger Stadtteil Bramfeld wurden seit längerem Fallbesprechungen angeboten, jedoch begrenzt auf ein Mitarbeiterteam im Pflegebereich. Die positive Erfahrung, dass diese Mitarbeiter kritisch und konstruktiv ihren Arbeitsalltag reflektieren, Probleme als Herausforderungen erleben, zielführend untereinander und mit Vorgesetzten darüber diskutieren, führte zu der Entscheidung, ab Januar 2007 in den übrigen zwei Wohnbereichen ebenfalls Fallbesprechungen einzuführen. Mit dieser Maßnahme sieht sich die Leitung des Hauses nun auf einem Erfolg versprechenden Weg, den gesetzten Zielen weiter näherzukommen, nämlich dass:

- das Arbeitsklima offen und konstruktiv ist,
- die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer positiven Teamentwicklung motiviert sind,
- Konflikte und Störungen zugelassen und gemeinsam gelöst werden,
- auf Krisen zeitnah reagiert wird.

Begleitete Fallbesprechungen – ein kontinuierliches Angebot für Pflegekräfte zur Reflexion kritischer Situationen im Pflegealltag

Ziel

Die psychische Belastungsfähigkeit soll gesteigert und Bewältigungsstrategien sollen aufgespürt und ausgebaut werden, um die Gesundheit langfristig zu fördern und zu erhalten.

Konzept
Die Pflegedienstleitung und die externe Beraterin haben vor Beginn der Fallbesprechungsreihe einen zeitlichen Rahmen festgelegt. Jeder Wohnbereich kommt alle zwei Wochen für 90 Minuten zusammen. Belastende Situationen, Gefühle, Eindrücke sollen mithilfe einer externen Begleitung offen kommuniziert, reflektiert und bearbeitet werden. Dies soll innerhalb eines geschützten Raumes im eigenen Team geschehen. Es gibt in jedem Team konstruktive Stimmen, die aber in der Regel im hektischen Alltag untergehen. Im Rahmen der Fallbesprechungen können diese Stimmen einem ganzen Team positiven Aufwind geben.

In der ersten Einführungssitzung wird den Teilnehmenden das Konzept vorgestellt. Zusammen mit ihnen werden Ideen zur gemeinsamen Arbeit entwickelt und Themen gesammelt, die zukünftig schwerpunktmäßig bearbeitet werden sollen. Zu jeder Sitzung wird durch die externe Begleitung ein Protokoll erstellt, das bei der nächsten Sitzung auf seine Umsetzung in der Praxis überprüft wird. Gearbeitet wird in der Regel mit Methoden wie dem Thomannschen Haus oder einer Mind-Map. Wichtig ist dabei, dass das Thema klar durchstrukturiert ist, damit alle auf demselben Weg sind. Zunächst wird von den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Situation genau beschrieben; das Problem oder die Schwierigkeit wird konkret benannt. Im nächsten Schritt geht es um die Emotionen der Beteiligten. Erst danach kommt es zur Lösungssuche.

Inhalte
In der ersten Sitzung wurden von den beiden Teams Themenkataloge erstellt, die folgende Bereiche enthielten:

- Zurechtkommen mit steigenden Belastungen – Bewältigungsstrategien durch Teamarbeit
- lösungsorientiertes Arbeiten
- Umsetzungsmöglichkeiten von guten Ideen
- Zurückgewinnen von Spaß bei der Arbeit
- Zufriedenheit von Bewohnern und Pflegekräften erreichen
- Verhältnis zur Leitung
- Durchlässigkeit von Hierarchien durch Kommunikation
- Führung und Vorgesetztenverhalten
- Zeitmangel
- Umgang mit Schmerzpatienten
- Umgang mit Demenz
- Umgang mit Angehörigen
- Probleme im Team, mit Kolleginnen und Kollegen
- Umgang mit Gewalt
- sexuelle Belästigung
- körperliche Belastung durch Arbeit
- Umgang mit Nahrungsverweigerung
- Umgang mit dem Tod und Sterben, Sterbebegleitung

Beide Teams entschieden sich, diese Themen chronologisch abzuarbeiten, es sei denn, es liegt aktuell ein Thema „obenauf".

Bisherige Erfahrungen

Wichtig war es der externen Beraterin, zunächst einmal ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Da sie mit beiden Teams schon in Fortbildungen zusammengearbeitet hatte, ging dies relativ schnell. Nach einer anfänglichen Skepsis waren das Interesse und die Motivation, gemeinsam zu arbeiten, bei beiden Teams sehr hoch. In der Regel bringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktuelle Themen ein, die sich dann im Nachhinein betrachtet mit dem anfänglichen Themenkatalog decken. Insgesamt lässt sich der Eindruck gewinnen, dass die Mitarbeiter sich von Sitzung zu Sitzung immer mehr öffnen und als Team zusammenwachsen. Missverständnisse können offen angesprochen werden – auch brisante Themen, wie das Eingestehen von Fehlern, werden lösungsorientiert angesprochen und bearbeitet.

Eine Auswertung des Erfolgs hinsichtlich des Krankenstands und der Beschwerdehäufigkeit fand wegen der kurzen Laufzeit des Projekts noch nicht statt.

Erste Hilfe: Neue Basismaßnahmen der Wiederbelebung WS A14

Dr. Frank Haamann,
BGW, Hamburg

Jährlich sterben in der Bundesrepublik etwa 80.000 Menschen am plötzlichen Herztod. Bei der Prävention kommt der Ersten Hilfe eine wichtige Rolle zu. Die Maßnahmen der Ersten Hilfe bei bewusstlosen Patienten wurden vom European Resuscitation Council (ERC) 2005 grundlegend geändert. Die Überlebenskette (frühes Erkennen, frühes Alarmieren des Rettungsdienstes, früher Beginn der Basisreanimation, frühe Defibrillation und früher Einsatz erweiterter Maßnahmen) ist dabei unverändert Grundlage und Voraussetzung für das Überleben von Patienten mit plötzlichem Herztod.

Bei einem Notfall kann jeder helfen

Bis zum Eintreffen professioneller Hilfe können durch gezielte Maßnahmen Leben gerettet werden. Bei Unfallsituationen oder Menschen in Not zu helfen, ist nicht nur eine sittliche, sondern auch eine rechtliche Pflicht. Unter Erster Hilfe versteht man die ersten Hilfsmaßnahmen, die an Ort und Stelle eingeleitet werden, bevor ärztliche Hilfe kommt. Wirkungsvolle Erste Hilfe setzt eine gute Vorbereitung voraus, denn die plötzliche Notwendigkeit der Hilfeleistung lässt kaum Zeit nachzulesen, welche Art von Erster Hilfe geleistet werden muss. Durch den Notfall kommt es bei den Ersthelfern und den in der Umgebung stehenden Personen häufig zu unüberlegtem Verhalten. Deshalb ist es wichtig zu versuchen, durch

- Ruhe,
- sicheres Auftreten und umsichtiges Handeln sowie
- beruhigenden Zuspruch

auf die Betroffenen und umstehenden Passanten einzuwirken.

Um zielsicher handeln und helfen zu können, muss der Ersthelfer beim Auffinden einer Person zunächst erkennen, was geschehen ist, und weitere Gefahren berücksichtigen, die dem Betroffenen und dem Ersthelfer selbst drohen können.

Zu den lebensrettenden Sofortmaßnahmen zählen zum Beispiel

- Absichern der Unfallstelle
- Retten aus der Gefahrenzone
- Notruf
- Herz-Lungen-Wiederbelebung
- Blutstillung
- Schockbekämpfung
- Herstellen der stabilen Seitenlage

Die Reihenfolge der Hilfeleistungen richtet sich nach der jeweils vorgefundenen Notfallsituation. Nach einem Verkehrsunfall stehen beispielsweise das Absichern der Unfallstelle und das Retten aus der Gefahrenzone an erster Stelle: „Sicherheit geht vor!"

Maßnahmen zur Feststellung des Bewusstseins
Feststellen, ob der Betroffene bei Bewusstsein ist, kann der Ersthelfer, indem er ihm Fragen stellt, zum Beispiel nach seinem Namen. Reagiert der Betroffene nicht, sollte er an den Schultern gerüttelt werden.

Ist der Betroffene bewusstlos, erschlaffen seine Muskeln. Liegt der Betroffene in Rückenlage, kann die Zunge in den Hals zurücksinken und die Atemwege blockieren. Es ist daher unbedingt notwendig, die Atmung des Bewusstlosen zu überprüfen. Zur Atemkontrolle muss zunächst der Hals des Verletzten überstreckt und der Mund leicht geöffnet werden.

Überstrecken des Halses zur Schaffung freier Atemwege
Liegt der Betroffene auf dem Rücken, kniet sich der Ersthelfer in Schulterhöhe seitlich daneben. Mit einer Hand fasst er den Betroffenen an der Stirn, mit der anderen an das Kinn. Jetzt kann der Kopf vorsichtig nackenwärts gebeugt und das Kinn angehoben werden. Auch der Mund kann leicht geöffnet werden, um den Betroffenen gegebenenfalls von sichtbaren Essensresten oder Gebissteilen zu befreien.

Bei Reaktionslosigkeit und abnormaler Atmung (Vorsicht: Gefahr der Verwechslung von normaler Atmung mit Schnappatmung!) sollte mit Herzdruckmassage und Beatmung begonnen werden. Das Verhältnis von Herzdruckmassage und Beatmung sollte 30 Herzdruckmassagen zu zwei Beatmungen betragen. Auf ausreichende Drucktiefe von 4 bis 5 cm, vollständige Entlastung sowie eine Druckhäufigkeit von 100 pro Minute ist zu achten. Jede Unterbrechung der Herzdruckmassage beeinträchtigt die Überlebenschancen. Bei Unwilligkeit zur Beatmung sollten allein Herzdruckmassagen ohne Unterbrechung durchgeführt werden. Dies ist fortzusetzen bis professionelle Hilfe kommt.

Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung kann durch einen Helfer oder auch mit zwei Helfern durchgeführt werden. Bei der Zwei-Helfer-Methode übernimmt der erste Helfer die Herzdruckmassage und der zweite die Beatmung.

Herzdruckmassage
- Seitlich vom Patienten knien, Oberkörper des Retters über den Brustkorb des Patienten gebeugt, Oberkörper freimachen.

- Den Handballen in der Mitte des Brustbeins des Patienten aufsetzen. Die zweite Hand unterstützend auf die erste Hand legen und senkrecht das Brustbein beziehungsweise den Brustkorb 4 bis 5 cm tief mit gestreckten Armen 100-mal pro Minute tief herunterdrücken.

- Nach jeder Druckmassage auf vollständige Entlastung achten, ohne den Kontakt zwischen Hand und Brustbein zu verlieren.

Beatmung

- Nach 30 Druckmassagen Kopf überstrecken und Kinn anheben, Nasenwege des Patienten mit Zeigefinger und Daumen der die Stirn haltenden Hand verschließen.

- Mit geöffnetem Mund den Mund des Patienten umschließen und zweimal für zirka eine Sekunde wie bei normaler Atmung in die Atemwege des Patienten ausatmen, bis eine leichte Brustkorbbewegung erkennbar ist (Atemzugvolumen beim Erwachsenen: 500 bis 700 ml).

- Druckmassage und Beatmung im Verhältnis von 30:2 weiterführen.

Für den Fall des Misslingens des Beatmungsversuchs sind folgende Maßnahmen sinnvoll:

- Eventuell vorhandene Fremdkörper aus der Mundhöhle entfernen.

- Auf richtiges Überstrecken des Kopfes und Anheben des Kinns achten.

- Nicht mehr als zwei Versuche zur Beatmung unternehmen, sondern mit der Herzdruckmassage fortfahren.

- Falls eine Beatmung nicht möglich sein sollte oder vom Helfer abgelehnt wird: Herzdruckmassagen mit einer Häufigkeit von 100 pro Minute ohne Unterbrechung durchführen.

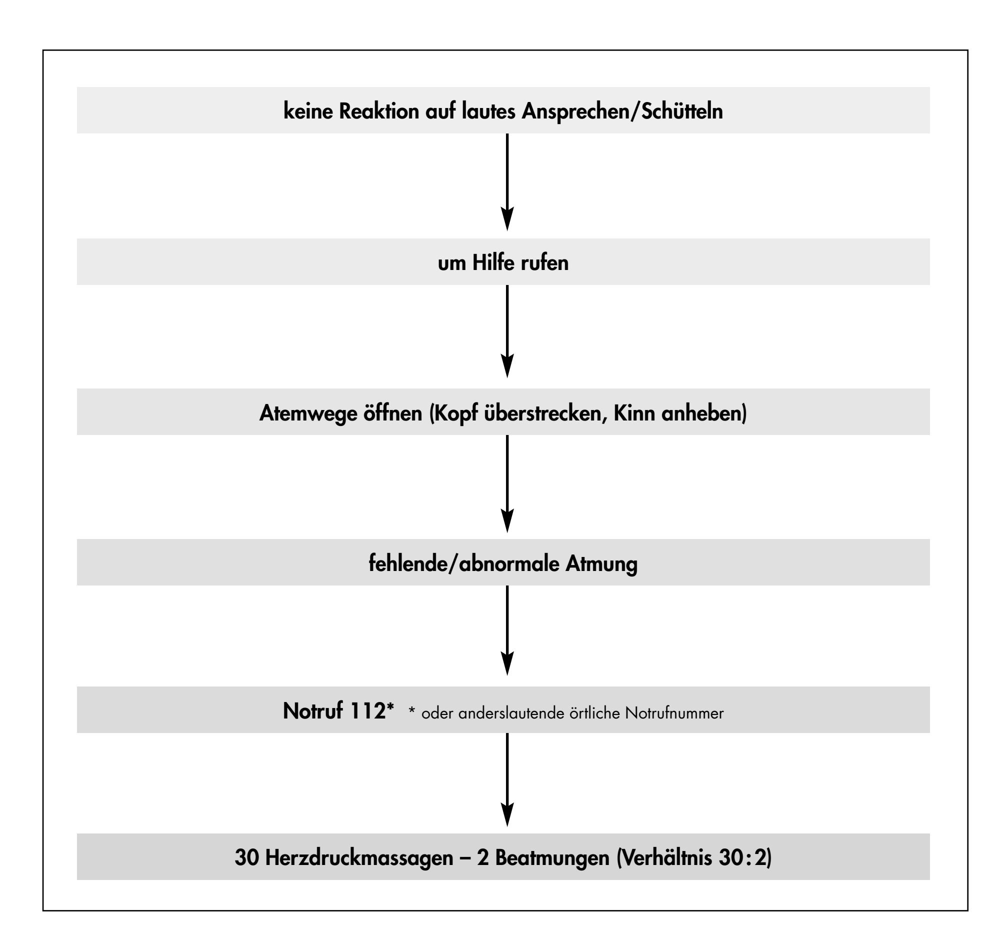


Abbildung 1:
Basismaßnahmen nach den European Resuscitation Council (ERC) Guidelines 2005 (2)

Sollten ein Notfall-Defibrillator (AED) und ein eingewiesener Laienhelfer kurzfristig erreichbar sein, wird das folgende Vorgehen empfohlen:

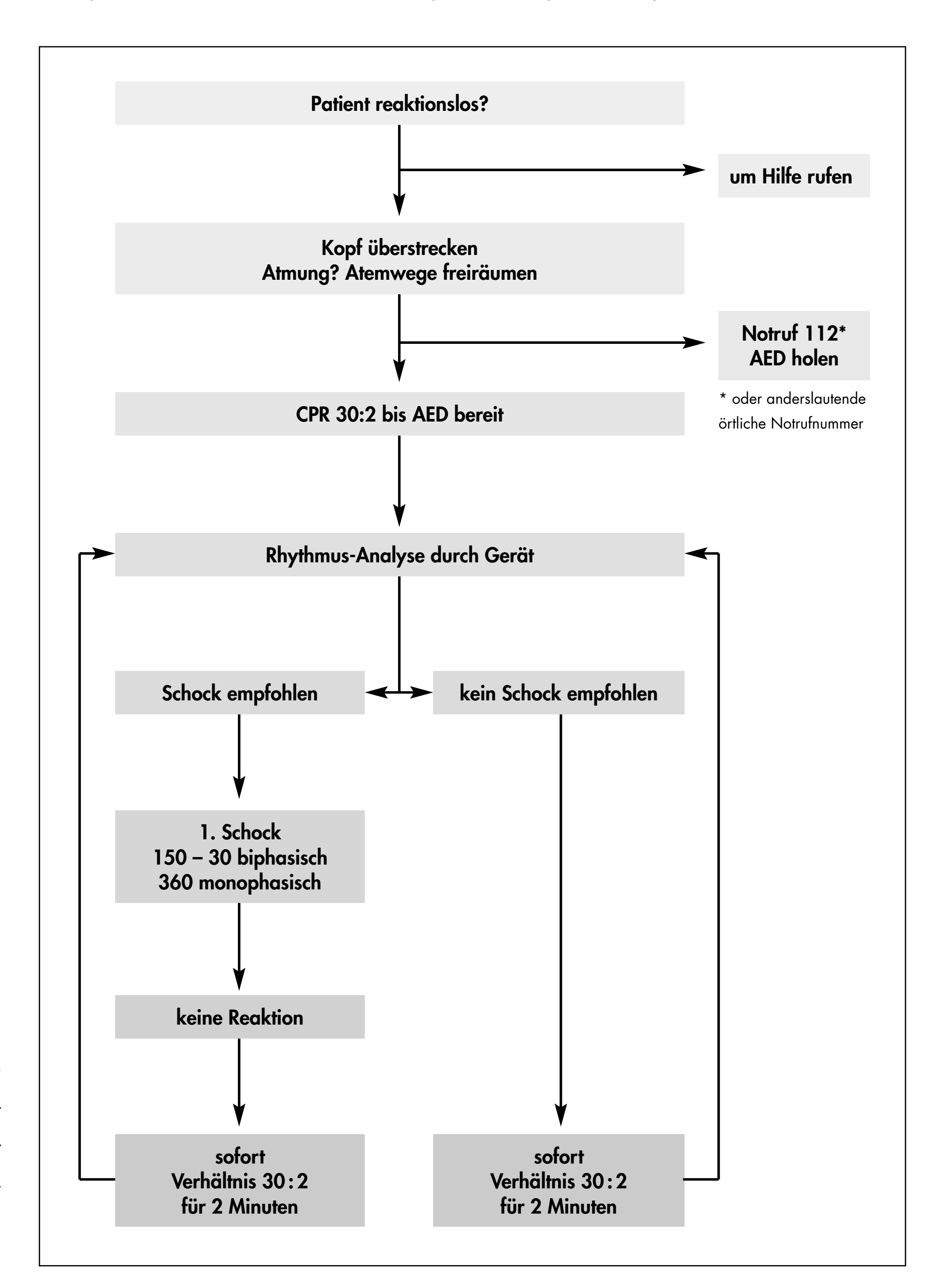


Abbildung 2: *Algorithmus der Basisanimation unter Einschluss eines (halb-)automatischen Defibrillators nach den ERC-Guidelines 2005 (2)*

Grundsätzlich gilt:

Jede Hilfeleistung ist besser, als aus Angst keine Hilfe zu leisten. Die Herzdruckmassage hat Priorität! Sie kann bis zu zwei Minuten ohne Atemspende erfolgen, in diesem Intervall ist das Blut ausreichend sauerstoffgesättigt.

Fit für den demografischen Wandel: Länger gesünder pflegen

WS A15

Stephan Köhler,
BGW, Hamburg

Der demografische Wandel und seine Auswirkungen auf die deutsche Gesellschaft sind mittlerweile ein Dauerthema in den Medien. Doch sind die Folgen dieses Veränderungsprozesses tatsächlich schon im Bewusstsein der Gesellschaft angekommen? Was bedeutet es, wenn die Bevölkerung aufgrund der niedrigen Geburtenrate und gleichzeitig ansteigender Lebenserwartung langfristig vergreist? Wer wird die Pflege dieser wachsenden Anzahl alter und hochaltriger Menschen mit einem erhöhten Bedarf an Pflegedienstleistungen übernehmen, wenn dem eine immer geringere Anzahl potenzieller Pflegekräfte gegenübersteht? Und vor allem, welcher Handlungsbedarf ergibt sich für jene Dienstleistungsbranche, die hier in besonderem Maße betroffen ist: die Altenpflege?

Auch und gerade in der Kranken- und Altenpflege müssen sich die Pflegeeinrichtungen den Herausforderungen des demografischen Wandels stellen, um zukunfts- und wettbewerbsfähig zu bleiben. Insbesondere in der Altenpflege mit ihren hohen psycho-physischen Belastungen muss möglichst frühzeitig verhindert werden, dass physische und psychische Beanspruchungen zu einer deutlichen Reduzierung der Arbeitsfähigkeit führen. Zu diesen Belastungen zählen insbesondere körperliche Belastungen durch schweres Heben und Tragen, psychische Belastungen durch häufige Konfrontation mit Tod und Leiden, aber auch Auseinandersetzungen mit Angehörigen. Weitere Belastungen entstehen als Folge von Qualifikationsdefiziten, ungünstigen Arbeitszeiten, Zeitdruck, aber auch durch Mängel im Führungsverhalten und ein abgekühltes Betriebsklima.

Hier gilt es anzusetzen, denn Ziel muss es sein, wieder mehr jüngere Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen und gleichzeitig bereits vorhandenem Pflegepersonal Arbeitsbedingungen zu bieten, die einen langjährigen Verbleib im Beruf ermöglichen. Eine professionelle, menschenwürdige und effiziente Pflege ist nur mit gesunden und motivierten Pflegekräften möglich. Die BGW möchte ihre Mitgliedsbetriebe dabei unterstützen, sich den Herausforderungen des demografischen Wandels erfolgreich zu stellen. Dazu sollen in diesem Workshop Ansätze gemeinsamer Handlungsstrategien erarbeitet werden. Die Kernfrage des Workshops lautet: **„Was können wir tun, damit qualifiziertes Pflegepersonal so lange und gesund wie möglich bei uns arbeiten kann?"**

Im Workshop sollen Ansätze zur Verbesserung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit, insbesondere älterer Beschäftigter, aufgezeigt werden. Als Ausgangspunkt dient hierbei exemplarisch das Modell des „Hauses der Arbeitsfähigkeit" nach Ilmarinen. Hiervon sollen Strategien und Maßnahmen für eine alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung in der Altenpflege in den folgenden vier Handlungsfeldern abgeleitet werden:

- Führung und Personalmanagement
- Qualifikation
- Gesundheit
- Arbeitsorganisation/-gestaltung

CareLift Management – Patiententransfer nach dem Guldmann-Konzept WS B1

Tina Sachs,
Guldmann GmbH,
Wiesbaden

Starke körperliche Belastungen durch das Heben und Bewegen von Patienten lassen sich im Pflegealltag nicht ganz vermeiden. Um diese Bewegungsabläufe sowohl für den Patienten als auch für die Pflegekraft sicherer und komfortabler durchführen zu können, gibt es eine große Auswahl an technischen Hilfsmitteln. Noch effektiver sind Lifter und Co. jedoch nur, wenn sie in ein ganzheitliches Konzept eingebunden sind.

Einführung

Durch die hohe körperliche Belastung im Pflegealltag treten vermehrt Krankheitsausfälle durch Rückenschäden sowie häufiger Personalwechsel, niedrige Jobzufriedenheit und somit auch erhöhte Kosten für den Arbeitgeber auf. Nachweislich kann jedoch die Anzahl der berufsbedingten Rückenerkrankungen des Pflegepersonals durch eine Hebe- und Transferpolitik, geeignete Hilfsmittel und ein ganzheitliches Schulungskonzept reduziert werden.

Das CareLift Management-Konzept (CLM)

Das CLM ist darauf ausgerichtet, das gesamte Personal im Bereich Heben und Verlagern von Patienten so zu befähigen, dass alle gefahrlos arbeiten können. Dies beginnt mit einer ausführlichen Analyse der Einrichtung und der Arbeitsprozesse sowie einer intensiven Besprechung mit dem Management, um die individuellen Ziele festzulegen. Des Weiteren ist das Konzept aufgeteilt in einen Basis-Teil für das gesamte Personal und einen Fortgeschrittenen-Teil zur Ausbildung der Hebe- und Transferbeauftragten.

Im Mittelpunkt stehen die vier Grundregeln:

- Nimm Rücksicht auf dich selbst und deine Kollegen.
- Stelle Anforderungen an dich selbst und deine Kollegen.
- Null-Fehler-Einstellung!
- Wenn Vereinbarungen nicht eingehalten werden, zieht das Konsequenzen nach sich.

Im **Basis-Kurs** werden die Grundregeln vermittelt, wie man ergonomisch korrekt mit den Hebe- und Transfervorrichtungen umgeht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, wie wichtig es ist, dass sie auch für ihre eigene Gesundheit und Sicherheit Verantwortung übernehmen. Nach dem Seminar hat das Personal Kompetenzen entwickelt im Hinblick auf die Koordination der Arbeit mit den Zielen und Standpunkten der Einrichtung, das Planen von Arbeitsprozessen und das Ausführen der ergonomischen Richtlinien der Einrichtung.

Im **Fortgeschrittenen-Kurs** werden Schwerpunkte auf die jeweilige Fähigkeit gelegt, Kollegen zu motivieren, zu unterweisen, zu trainieren sowie schwierige Transfersituationen zu analysieren und zu lösen mithilfe der KLAR-Analyse.

Die Vorteile dieser Investition in die Zukunft liegen klar auf der Hand:

- wirtschaftliche Einsparungen
- verbessertes Arbeitsumfeld
- verbesserte Pflege
- fortschreitende positive Entwicklung

Zusätzlich wird dem Management angeboten, den Erfolg des Konzepts im Sinne einer Kosten-Nutzen-Analyse zu messen.

Fallbeispiel Deutschland: Elisabethenstift Lauingen

Diese Einrichtung hat seit zehn Jahren Deckenliftsysteme im Einsatz. Das Pflegepersonal erhielt vor einigen Jahren eine umfangreiche Schulung in Dänemark und vor Ort. In den darauffolgenden Jahren konnte laut AOK Bayern ein Rückgang an Krankheitsausfällen und Arbeitsunfähigkeitstagen sowie eine Reduzierung der Arbeitsunfähigkeitsdauer festgestellt werden. Das bedeutet nicht nur einen wirtschaftlichen Vorteil für das Unternehmen, sondern kommt dem Personal wie auch den Bewohnern zugute.

Präventionsbeispiele aus dem Ausland: Großbritannien

Mit der EWG-Richtlinie 1996 (Lastenhandhabungsgesetz) kam in England eine „Non-Lifting-Policy" zum Tragen, die es dem Pflegepersonal verbietet, Patienten zu bewegen, wenn das damit verbundene Gewicht eine Traglast von 15 Kilogramm überschreitet. Das anfängliche Verbot, dem nur widerwillig Folge geleistet wurde, hat sich schnell in eine Bedingung umgewandelt, die von den Angestellten eingefordert wird.

In jedem Krankenhaus in England müssen Hebe- und Transferbeauftragte existieren (vergleichbar unseren Hygienebeauftragten), deren Pflicht es ist, in schwierigen Hebesituationen ihren Kollegen mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Diese Position beinhaltet auch, ein jährliches Update für alle Mitarbeiter zu leiten (ähnlich unserer Erste-Hilfe-Auffrischung) und neue Mitarbeiter in die Hebe- und Transferhilfen einzuweisen.

Einige Einrichtungen in Deutschland haben sich schon diesem Schritt angeschlossen und können Erfolge damit nachweisen.

Ganz einfach: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege

WS B2

Carola Brennert,
BGW, Hamburg
Sabine Müller-Bagehl,
Amt für Arbeitsschutz, Hamburg
Dörte Bauer-Sternberg,
relations Gesellschaft für Unternehmensentwicklung mbH, Hamburg

Dieses Angebot sorgt bundesweit für Aufsehen: Die BGW führt seit 2003 in Kooperation mit dem Amt für Arbeitsschutz Hamburg ein Projekt mit dem Ziel durch, langfristig die Arbeitsschutzbedingungen in der ambulanten Pflege zu verbessern. Das Kooperationsvorhaben wird im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen gefördert und in Zusammenarbeit mit dem Initiativkreis „Gesund Pflegen" der „Initiative Neue Qualität der Arbeit" (INQA) umgesetzt. Am Beispiel der ambulanten Pflege wurden im Projekt praxisnahe und umsetzbare Konzepte entwickelt, um einen wirkungsvollen und modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen aufzubauen. Gefährdungsbeurteilungen nehmen dabei eine zentrale Stellung ein.

Im Projekt wurde dazu ein Verfahren entwickelt und sehr erfolgreich in der Praxis erprobt: Innerhalb von regulären Mitarbeiterbesprechungen bearbeiten die Beschäftigten unter der Fragestellung „Was belastet uns bei der täglichen Arbeit?" ihre individuellen und betriebsspezifischen Belastungen und Gefährdungsmomente. Eine strukturierte Moderation trägt dazu bei, dass zügig und praxisnah Lösungsvorschläge erarbeitet und Vereinbarungen zur Umsetzung getroffen werden. Die Beschäftigten werden beteiligt und Lösungen erfahren eine hohe Akzeptanz im Unternehmen.

Die Bearbeitung der Gefährdungen erfolgt klassischerweise in einem PDCA-Zyklus (plan-do-act-control). Positiv ist, dass vielen Beschäftigten besonders im Bereich der Altenpflege dieses Vorgehen durch die Pflegeplanung vertraut ist. Gleichzeitig ist es aber auch ein sehr formaler Weg, ein Thema zu bearbeiten. Gute Erfahrungen konnten mit einer „abgespeckten" Vorgehensweise gemacht werden: Auf einer großen Metaplanwand werden während der Diskussion, also der konkreten Bearbeitung einer Belastung oder Gefährdung, alle Beiträge in vier Feldern protokolliert. Der Moderator „sortiert" die Äußerungen unter folgenden Gesichtspunkten:

- Problemermittlung und -beschreibung
- weitere Informationen zur Situation
- Lösungsansätze und konkrete Vereinbarungen
- Bedenken und Befürchtungen

Jede dieser Mitarbeiterbesprechungen sollte moderiert werden; sie dauert etwa eineinhalb bis zwei Stunden. Als Moderatoren kommen die Verantwortlichen selbst, geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Fachkraft für Arbeitssicherheit oder der Betriebsarzt in Frage.

Ganz wichtig ist es, darauf zu achten, dass nicht zu viele Themen zur gleichen Zeit angefasst werden. Denn sonst sind die Mitarbeiter und die Vorgesetzten schnell zeitlich überfordert und der ganze Prozess kommt ins Stocken oder wird wegen der Überforderung ganz eingestellt. Darum ist es wichtig, im

ersten Schritt Prioritäten zu benennen, um dann konsequent und systematisch die Gefährdungen Schritt für Schritt abzubauen. Manchmal lohnt es sich allerdings, mit kleinen Schritten anzufangen, die zwar keine hohe Priorität haben, aber schnell realisiert werden können — weil Erfolge zum Weitermachen motivieren.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Beschäftigten als „Experten ihres Arbeitsplatzes" wissen, wo sie im Betrieb der Schuh drückt. Häufig sind es dabei weniger die klassischen Arbeitsschutzthemen, die im Berufsalltag belasten: „Zeitdruck", so die Beschäftigten, ist die häufigste Belastung in der ambulanten Pflege. In der Analyse der Ursachen zeigt sich in vielen Fällen, dass Zeitdruck durch eine schlechte Kooperation und Kommunikation zwischen den verschiedenen Arbeitsbereichen entstehen kann. Das gemeinsame Bearbeiten dieser Themen führt dazu, dass Arbeitsabläufe reibungsloser verlaufen und sich in der Folge auch der Stress verringert.

Mit diesem Verfahren wird der Einstieg in einen systematischen und prozessorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutz initiiert und Hilfe zur Selbsthilfe gegeben, damit die Betriebe auch nach dem Projektabschluss weiter ihre Themen bearbeiten. Die Erfolgsquote ist hoch.

Wie profitieren die Betriebe darüber hinaus? Was bringt Erleichterung aus Sicht der Betriebe?

- Das Konzept ist mit den vorhandenen Ressourcen finanziell und personell umsetzbar.
- Die Gesundheit der Beschäftigten wird als Wert erkannt: Nur gesunde und zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind leistungsfähig und sichern die Zukunftsfähigkeit der Betriebe.
- Der Krankenstand wird ermittelt und lässt sich in einigen Fällen spürbar reduzieren. Der Inhaber eines Projektbetriebs sagte im Abschlussgespräch: „Krankheit ist keine Störung mehr für mich, sondern sie ist ein Hinweis auf eine Störung. Wir tun jetzt mehr für die Prävention."
- Die Beteiligung der Beschäftigten wird sichergestellt. Die Leitungen und die Beschäftigten kommen wieder miteinander in Kontakt und diese verbesserte Kommunikation wirkt sich auch in anderen Arbeitsbereichen und in der Zusammenarbeit aus.
- Es gibt neue Impulse beispielsweise für Qualitätsmanagementaufgaben und die Gestaltung des Fortbildungswesens. Arbeitsschutz ist somit in das betriebliche Management integriert und wird nicht als zusätzliche „Baustelle" wahrgenommen.
- Die Betriebe, die aufgrund des neuen Konzepts nun Managementaufgaben besser wahrnehmen, berichten, dass sie auch besser auf die Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vorbereitet waren.

Das Verfahren kann auf andere Branchen übertragen werden. So haben Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die im Rahmen der kirchlichen Präventions-

konzepte tätig sind, das Vorgehen übernommen und erfolgreich in der Praxis erprobt.

Im Projekt sind verschiedene Materialien erarbeitet worden. Als Beispiele seien genannt:

- eine Handlungsanleitung zum Einstieg in einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Moderationsvorlagen zur Gefährdungsbeurteilung
- „Die Sicheren Seiten" – Informationen zu relevanten Gefährdungen in der ambulanten Pflege

Alle Materialien sind bei der Projektleitung oder unter www.arbeitsschutzinderpflege.de erhältlich.

Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege — WS B3

Dr. Albert Nienhaus,
BGW, Hamburg
Kathrin Kromark,
BGW, Hamburg
Dr. Grita Schedlbauer,
BGW, Hamburg
Anja Schablon,
BGW, Hamburg

Teil 1:
Berufsbedingte Latexallergie – Nachhaltige Entwicklungen in Berufs- und Privatleben *(Kathrin Kromark)*
Für Pflegekräfte besteht aufgrund des häufigen Kontakts zu Gegenständen aus Naturlatex ein erhöhtes Latexallergie-Risiko. Ziel der vorgestellten Studie war es, Gesundheit, Lebensqualität und Aspekte der Berufstätigkeit bei Versicherten mit anerkannter Latexallergie im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen zu beschreiben. Es wurden 329 Versicherte mit einer bestätigten Latexallergie angeschrieben. Von den 182 in die Auswertung einbezogenen Personen betrug der Anteil der Pflegekräfte 59 Prozent. Die Versicherten wurden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen.

Mehr als zwei Drittel der Versicherten übten bei Befragung dieselbe oder eine vergleichbare Tätigkeit aus wie im Meldejahr. Bei etwa der Hälfte aller Latexallergiker kam es zu einer deutlichen Senkung der Beschwerden. Die Latexkarenz gelang den Versicherten im privaten besser als im beruflichen Umfeld. Bei 30 Prozent der Befragten trugen alle Beschäftigten im unmittelbaren Arbeitsumfeld puderfreie Handschuhe. 13 Prozent der Versicherten mit einer Haut-manifesten Latexallergie und 9 Prozent der Latexallergiker mit einer Atemwegs-Manifestation zeigten eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität.

Der deutliche Rückgang der Prävalenz berufsbedingter Latexallergien kann auf Allergenkarenz zurückgeführt werden. Diese Einschätzung wird durch die vorliegende Studie bestätigt. Die Einführung puderfreier Handschuhe scheint beim größten Teil der Latexallergiker eine ausreichende Präventionsmaßnahme zu sein.

Teil 2:
Bandscheibenbedingte Erkrankungen in der Altenpflege *(Dr. Grita Schedlbauer)*
Neben Infektions- und Hauterkrankungen ist die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (BK 2108) die häufigste Berufserkrankung im Bereich der Altenpflege. Eine vom HVBG initiierte Expertengruppe hat Kriterien zur Begutachtung der bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule als Berufskrankheit erarbeitet. Diese Kriterien beziehen sich auf die Definition des Krankheitsbilds, des Schweregrads von radiologischen Veränderungen, der konkurrierenden Faktoren, des Unterlassungszwangs und der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Es wurden Befundkonstellationen definiert, die für beziehungsweise gegen einen Ursachenzusammenhang sprechen.

Die Konsensempfehlungen bieten eine praktikable Grundlage zur Entscheidungsfindung im Berufskrankheitenverfahren bei bandscheibenbedingten Erkrankungen. Insbesondere ist mit den Konsensempfehlungen auch die Hoffnung verbunden, dass die Anerkennungskriterien nun transparenter sind. Dadurch wird es den beratenden Betriebsärzten und den behandelnden Orthopäden besser möglich sein, gezielt Anzeigen auf Berufskrankheiten zu stellen.

Aus Sicht der BGW ist es nun möglich, anhand einfacher Vorgaben die Qualität von Zusammenhangsgutachten zu beurteilen. Es bleibt im weiteren Verlauf abzuwarten, ob und wie die Konsensempfehlungen von den Gutachtern umgesetzt werden und die Sozialrichter diese Kriterien zur Grundlage ihrer Entscheidungen machen.

Über die Erfahrungen der BGW bei der Anwendung der Konsensempfehlungen im Rahmen der Qualitätssicherung bei der Begutachtung der BK 2108 und bei Schulungen von Gutachtern wird im Workshop berichtet. Die Rolle der Betriebsärzte bei der Prävention und Rehabilitation bandscheibenbedingter Erkrankungen der Lendenwirbelsäule wird diskutiert.

Teil 3:
Tuberkulose als Berufskrankheit bei Beschäftigten in der Altenpflege
(Anja Schablon)

Die Inzidenz der aktiven, behandlungsbedürftigen Tuberkulose steigt mit zunehmendem Alter. Ob sich daraus ein erhöhtes Tuberkulose-Infektionsrisiko für Beschäftigte in der Geriatrie ergibt, wurde in einer Prävalenzstudie zur latenten tuberkulösen Infektion (LTBI) untersucht. Die Datenerhebung erfolgte in drei Krankenhäusern durch Betriebsärzte. Für die Diagnose der LTBI wurde der QuantiFERON-TB® Gold in Tube (QFT-IT), ein Interferon-gamma Release Assay (IGRA), eingesetzt. Es wurden für Alter, Geschlecht und Migration korrigierte Odds Ratios mittels logistischer Regression berechnet.

Untersucht wurden 454 Beschäftigte im Gesundheitswesen, von denen 58 (12,8 Prozent) in der Geriatrie tätig waren. Die Prävalenz der LTBI betrug bei den Beschäftigten in der Geriatrie 19,0 Prozent und bei den übrigen Beschäftigten im Gesundheitsdienst 10,5 Prozent. Das adjustierte Odds Ratio für einen positiven QFT-IT beträgt bei den in der Geriatrie Beschäftigten 2,4 (95 Prozent KI 1,1–5,2).

Diese Daten sprechen für eine erhöhte Prävalenz der LTBI bei Beschäftigten in der Geriatrie und damit für ein erhöhtes Infektionsrisiko in diesen Arbeitsbereichen. Vermutlich ist deshalb von einem erhöhten Infektionsrisiko gegenüber Tbc in der Altenpflege allgemein auszugehen. Nach der Biostoffverordnung gehören Beschäftigte in der Altenpflege nicht zu den Personen, die regelmäßig auf Tbc untersucht werden müssen. Seitens der Betriebsärzte ist hier dennoch Aufmerksamkeit erforderlich. Der neue Bluttest (QuantiFERON-TB® Gold) hat sich für die betriebsärztlichen Vorsorgeuntersuchungen als gutes Instrument erwiesen. Er sollte in Zukunft den Tuberkulin-Hauttest ersetzen.

Dr. Christian Braune,
Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg, Hamburg

„Besonnte Vergangenheit" heißt ein kleines Buch, in dem der Chirurg Carl Ludwig Schleich (1859–1922) zwei Jahre vor seinem Tod auf sein bewegtes Leben zurückblickt, in dem höchste Anerkennung und vehemente Ablehnung häufig einen schroffen Gegensatz bildeten. Aber als seien Demütigungen und Kränkungen vergessen, erinnert er sich dankbar und nicht ohne Stolz an Erreichtes, Ertragenes und auch Erlittenes, wägt seine beruflichen Erfolge und seinen persönlichen Werdegang sorgfältig ab und kommt am Ende zu dem Schluss: „Ich wünsche mir kein anderes Leben!" Schleich malt ein harmonisches Bild vom Altwerden. Rainer Maria Rilke dichtet etwa zur gleichen Zeit: „Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen, die sich über die Dinge ziehen. Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen, aber versuchen will ich ihn …" Das Leben entfaltet sich gleichsam organisch. Es wächst in eine immer reichere, vollständigere Form hinein und findet darin seinen Sinn. Er drückt sich in einem vielfältigen „Ja zum Leben" aus, das Verluste, Schmerzen und Bedrohungen erträglich macht und am Ende von einem „Wozu" und „Wohin" weiß.

Am 13. September 2004 berichtet das Nachrichtenmagazin „Focus" über eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin an der Berliner Charité. Untersucht wurden 130 Selbsttötungen alter Menschen zwischen 65 und 95 Jahren aus der Zeit von 1995 bis 2003. In Abschiedsbriefen gaben fast alle an, sie wollten einer Heimeinweisung zuvorkommen. „Das entscheidende Motiv für die Selbsttötung", so Peter Klostermann, Leiter der Untersuchung, sei „die Angst vor absoluter Hilflosigkeit und unwürdigem Weiterleben" gewesen.

Im Jahr 2002 nahmen sich in Deutschland 3.534 Menschen das Leben, die 65 Jahre und älter waren. Statistisch gesehen stirbt alle zwei Stunden ein alter Mensch von eigener Hand. Selbsttötungen im Alter sind oft weniger Hilfsappelle an andere als ein letzter verzweifelter Akt in einer hoffnungslos erscheinenden Lebenslage, die ohne jeden Sinn ist und die sich nicht mehr zum Besseren verändern lässt. Die Suizidmethoden – die häufigste bei Frauen und Männern ist das Sich-Erhängen, gefolgt vom Sich-Erschießen bei Männern und Vergiftungen bei Frauen – lassen keinen Zweifel: Diese Menschen möchten sterben. Ihrer Einschätzung nach hat ihr Leben keinen Sinn mehr, das „Ja zum Leben" ist ihnen nicht mehr möglich, das „Nein" drängt sich ihnen unabweisbar auf.

Drei Grundherausforderungen der menschlichen Existenz verschärfen sich im Alter:

1. Die Angst vor dem Tod, also der Endlichkeit, und die Frage: Was wird aus mir?
2. Die Trostlosigkeit der Vereinsamung und die Frage: Mit wem kann ich leben?
3. Die Furcht vor Hilflosigkeit, Krankheit und Schmerz und die Frage: Wer hilft mir?

In der Jugend wächst der Mensch in neue Lebensräume, Möglichkeiten, Fähigkeiten, Beziehungen und Aufgaben hinein. Die Welt weitet sich. Im Alter wächst er aus dem Vertrauten heraus und muss Abschied nehmen. Seine Welt verengt sich. Zunehmend fragt sich der alte Mensch: „Was soll ich noch? Ich habe keine wirkliche Aufgabe mehr. Auch meine Kinder brauchen mich nicht. Ich bin mir selbst und anderen eine Last. Ich habe keine Freunde mehr und gewinne keine neuen hinzu. Ich kann mich immer schlechter bewegen, mein Körper schmerzt und ich werde immer angewiesener auf andere, die mir helfen. Mein Lebensradius wird immer enger. Meine schöne Wohnung musste ich schon aufgeben, seit meine Frau gestorben ist. Wie ein kleines Kind muss ich mir bei den intimsten Dingen helfen lassen. Wie soll ich da stolz auf mich sein und gerne leben?! Ich schäme mich und habe das Gefühl, übrig geblieben und vergessen worden zu sein."

Alte Menschen empfinden darum häufig ihr Leben unter dem Aspekt des „Nicht-Mehr" als eine Kette von Verlusten:
1. Verlust der körperlichen Fähigkeiten
2. Verlust geistiger Fähigkeiten
3. Verlust von Beziehungen
4. Verlust von gesellschaftlicher Anerkennung

Alle diese Verlusterfahrungen lassen sich im Kern als Beziehungsverluste verstehen. Sinn ist aber der umfassende Ausdruck von „mit mir, mit anderen und mit der Welt verbunden sein". Sinn zu finden oder ihn wieder herzustellen bedeutet: lebendige Beziehungen zu schaffen. Als sinnvoll erleben wir das Leben, wenn wir in vierfacher Hinsicht Ja sagen können:
1. in der Akzeptanz der Lebensbedingungen
2. in der Zuwendung zu grundlegenden Werten
3. in der Achtung der eigenen Person und der anderer
4. im Einverständnis mit dem Anspruch der konkreten Situation

Mit **Akzeptanz** zu leben meint, die Bedingungen und Umstände des eigenen Daseins als gegeben annehmen zu können. Nur was in dieser Weise akzeptiert ist, kann auch verändert und verbessert werden. **Zuwendung** meint eine Hinwendung zu Werten, die den Menschen innerlich berühren und ihn ansprechen. Sie bringen ihn in Kontakt zu sich selbst, zu anderen Menschen und Aufgaben.

Der Umgang mit Menschen, mit sich selbst und mit Aufgaben in der Haltung der **Achtung** respektiert die Einzigartigkeit jedes Menschen und der eigenen Person. Sie belässt ihnen ihren Eigenwert. Das **Einverständnis** bezieht sich auf das eigene Handeln, das auf den Anspruch und die Herausforderung einer konkreten Lebenssituation antwortet.

Sinn ist in diesem Verständnis Ausdruck eines in Beziehungen gelebten Lebens. Methodisch lässt sich die Sinnfindung in vier Schritten unterstützen:

1. Wahrnehmen: Was sind die Gegebenheiten?
2. Werten: Was ist mir wichtig?
3. Entscheiden: Was möchte ich tun?
4. Durchführen: Womit will ich beginnen?

Beginnt auf diese Weise eine **Beziehungsaufnahme zum eigenen Leben,** können überraschende Entdeckungen gemacht werden, die den Sinn des Alters aufscheinen lassen. Hermann Hesse schreibt in „Mit der Reife wird man immer jünger": „Wir Alten mit den weißen Haaren haben gleich allen unseren jüngeren Menschenbrüdern unsere Aufgabe, die unserem Dasein den Sinn gibt, und auch ein Todkranker und Sterbender, den in seinem Bett kaum noch ein Anruf aus der diesseitigen Welt zu erreichen vermag, hat seine Aufgabe, hat Wichtiges und Notwendiges zu erfüllen. Altsein ist eine ebenso schöne und heilige Aufgabe wie Jungsein, Sterbenlernen und Sterben ist eine ebenso wertvolle Funktion wie jede andere – vorausgesetzt, dass sie mit Ehrfurcht vor dem Sinn und der Heiligkeit alles Lebens vollzogen wird."

Vollzieht man diesen Perspektivwechsel mit, macht man erstaunliche Entdeckungen: Der Schatz an inneren Bildern und Erinnerungen, die zunehmende Geduld im Umgang mit sich und anderen, das wohltuende Vergessen mancher Kränkungen und Eitelkeiten, das sich wie eine Schutzschicht auf die Seele legt, die staunende Wahrnehmung von unscheinbarer Schönheit im Meer von Durchschnittlichkeit und Gewöhnlichkeit und die zunehmende Nähe und Vertrautheit mit denen, die er schon „drüben" weiß und mit denen er manchmal einfacher sprechen kann als mit den Diesseitigen – das alles trägt und erfüllt den alt werdenden Menschen.

Infektion mit MRSA – eine Berufskrankheit? WS B5

Dr. Frank Haamann,
BGW, Hamburg

Der Erreger der MRSA-Infektion ist aus dem Methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus hervorgegangen. Der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) sind gram-, katalase- und koagulasepositive Haufenkokken der Familie Micrococcaceae. Der Erreger ist nach Richtlinie 2000/54/EG in Gruppe 2 eingestuft.

MRSA/S. aureus

Der Multiresistente Staphylococcus aureus (ursprünglich Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus; benannt nach einem heute nicht mehr verwendeten Antibiotikum, bei dem die Resistenz in den 60er-Jahren zuerst beobachtet wurde) ist in seinen biologischen Eigenschaften von den antibiotikaempfindlichen Staphylococcus-aureus-Stämmen nicht zu unterscheiden. Bis zur Hälfte aller nosokomialen Staphylokokkeninfekte wird durch MRSA verursacht. MRSA führt nicht häufiger zu Infektionen als die antibiotikasensiblen Staphylokokken. Gleichwohl ist die Sterblichkeit an MRSA-bedingten Erkrankungen höher, zurückzuführen auf die schlechtere Behandelbarkeit. MRSA, die im Zusammenhang mit Krankenhäusern verbreitet werden, sind zu mehr als 90 Prozent resistent gegen Fluorchinolone, zu 72 Prozent resistent gegen Erythromycin und zu 56 Prozent gegen Clindamycin.[1]

Genodiversität von infektionsassoziierten Staphylococcus aureus

Das erste Auftreten von MRSA wurde in den 60er-Jahren beobachtet. Diese hatten sich aus Methicillin-sensiblen Staphylococcus aureus (MSSA) entwickelt. Man geht heute davon aus, dass MRSA weltweit wenigen großen klonalen Gruppen zugeordnet werden kann, die sich unter Selektionsdruck verbreiten[2–7]. In neuerer Zeit gibt es auch Hinweise auf de novo entstandene MRSA durch horizontalen Gentransfer des mecA-Gens[6, 8]. Die Methicillin-Resistenz wird erworben durch Einbau des SCCmec-Chromosoms und übertragen durch das mecA-Gen. Mithilfe dieses Gens wird PBP2a, ein Penicillin-bindendes Protein, bereitgestellt, das sich durch eine reduzierte Affinität für ß-Lactam-Ringe auszeichnet, der primär aktiven Gruppe im Molekül der ß-Lactam-Antibiotika.[2]

Bei den MRSA zeigte ein Vergleich der prädominierenden Genotypen A und B, dass der ambulante Typ A identisch ist mit dem nosokomialen Typ A und dass der ambulante Typ B dem nosokomialen Typ B entspricht. Typ A kommt im nosokomialen Bereich mit 30 von 50 Isolaten besonders häufig vor, verglichen mit 17 von 50 Isolaten bei den ambulanten MRSA. Typ B liegt im ambulanten Bereich dagegen mit 14 von 50 Isolaten vor, verglichen mit einem Anteil von 9 von 50 Isolaten bei nosokomialen MRSA[9].

Vorkommen

S. aureus ist weltweit verbreitet bei Mensch und Tier. Tierische Stämme sind in der Regel nicht beim Menschen anzutreffen und umgekehrt. Der Mensch ist das Hauptreservoir, der Erreger lebt ubiquitär auf Haut und Schleimhaut. Prädilektionsstellen sind Rachen, Nasenvorhof, Achselhöhlen, Perinealregion,

Stirn-Haar-Grenze, seltener Kolon, Rektum und Vagina. Die Trägerrate von Erwachsenen liegt bei 15 bis 40 Prozent[4, 6, 15] je nach Exposition oder unterbrochener (habituell, chronisch) Hautepithelintegrität. S. aureus ist einer der häufigsten bakteriellen Erreger nosokomialer und ambulant erworbener (nicht-nosokomialer) Infektionen, vor allem Wundinfektionen. Die Besiedlung (Kolonisation) erfolgt nahezu ausschließlich bei Hospitalisierung (nosokomiale Infektionen); die Prävalenz (in Deutschland 15 Prozent) ist abhängig vom ungezielten Gebrauch von Breitbandantibiotika; es stellt sich eine schnelle asymptomatische Kolonisation von Kontaktpersonen ein.

In den europäischen Nachbarländern wurde sowohl eine hohe Prävalenz (zum Beispiel in Großbritannien bis zu 70 Prozent) als auch eine sehr niedrige Prävalenz (unter 6 Prozent in den Niederlanden) beschrieben[6]. In Deutschland wird die Prävalenz in Krankenhäusern sehr unterschiedlich angegeben, sie variiert je nach Erhebung (EARSS, PEG, SARI, KISS) von 0 bis 35 Prozent und wird in Einzelfällen mit bis zu 60 Prozent angegeben[1]. Mehr als die Hälfte der Nachweise in deutschen Krankenhäusern waren Besiedlungen ohne Infektion. Bei Krankenhauspersonal werden die MRSA-Kolonisationsraten unterschiedlich, von 0 bis 33 Prozent, angegeben (Kam. Trauma Berkr.). Das Auftreten von MRSA in Heimen ist als Folge des Vorkommens und der Zunahme von MRSA in Krankenhäusern anzusehen, denn es gibt einen engen Zusammenhang zwischen MRSA-Besiedlung von Heimbewohnern und zurückliegenden Krankenhausaufenthalten[4, 15, 16].

Untersuchungen zum Vorkommen von MRSA in Altersheimen in Deutschland ergaben Prävalenzen zwischen 1,2 und 2,4 Prozent[4, 6, 15]. Laut Bradley et al.[15] scheint eine Übertragung von resistenten Stämmen innerhalb von Heimen eher selten zu erfolgen. Ausnahmen stellen Ausbruchsituationen dar.

Übertragungsweg/Immunität

Der Erreger entwickelt die körpereigene Besiedlung über endogene/autogene Infektion. Körperfremde Stämme können intermittierend oder permanent die Besiedlung übernehmen (exogene Infektion). Die Übertragung erfolgt über Schmierinfektion, vor allem über kontaminierte Hände, Wund- und Atemwegssekrete, intertriginöse Hautbereiche, Blut (Bakteriämie) oder medizinische Geräte. Als Haupttransmissionsweg gilt der Direktkontakt über die Hände[6, 16, 17]. Eine aerogene Verbreitung ist möglich, jedoch von untergeordneter Bedeutung[6, 16]. Übertragung über die unbelebte Umgebung[6] ist ebenfalls möglich. Immunsuppression und verminderte zelluläre Abwehr (zum Beispiel Diabetes mellitus, Dialysepflichtigkeit) wirken prädisponierend, ebenso implantierte Kunststoffmaterialien (zum Beispiel Venenkatheter, Gelenkersatz), virale Zellschädigung (Infektbahnung zum Beispiel bei Influenza A), mechanisch veränderte Barrieren (zum Beispiel Verletzungen von Haut und Mukosa). Die Besiedlung vermittelt keine wirksame Immunität.

Krankheitsbild

MRSA-Stämme/S. aureus: Die Kolonisierung ist symptomfrei.

Die **Inkubationszeit** beträgt vier bis 10 Tage, Monate bei Kolonisation und Persistenz an ursprünglichen Wund- oder Operationsgebieten (gegebenenfalls Jahre). Symptome der Infektion/Erkrankung: lokal-oberflächliche oder/und invasive eitrige Entzündungen.

Eine **Ansteckungsfähigkeit** besteht während der Dauer klinisch manifester Symptome oder ausgehend von klinisch gesunden Kolonisierten. Manifestationsformen stellen Furunkel, Karbunkel, Pyodermie, Abszesse (auch in anderen Organen), Wund- und fremdkörpervermittelte Infektionen, Empyem und Sepsis dar (Letalität 15 Prozent).

Toxinvermittelte Erkrankungen: Außerhalb des Organismus gebildete hitzestabile Toxine können Lebensmittelvergiftungen verursachen (Intoxikation vor allem durch Enterotoxin A). 30 Prozent aller S. aureus-Stämme produzieren Toxine in Fleisch und Milch. Die Toxinbildung erfolgt bei 7 bis 46 °C. Die Inkubationszeit beträgt 2 bis 6 Stunden, es treten Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle und Kreislaufbeschwerden auf.

Im infizierten Organismus gebildete Toxine verursachen folgende Krankheitsbilder:

- staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) – selten bei MRSA-Stämmen: als großblasige Impetigo contagiosa (Borkenflechte) oder Dermatitis exfoliativa.
- toxic shock syndrome (TSS) – bisher nicht bei MRSA-Stämmen!: Dieses Syndrom stellt eine häufig nicht erkannte Krankheit dar, es tritt (selten) auf als Folge von Hauterkrankungen, Verbrennungen oder traumatisierenden Eingriffen. Krankheitszeichen ist Fieber (über 39 °C). Es beginnt mit einem diffusen makulösen Exanthem, Hautschuppung ein bis zwei Wochen nach Krankheitsbeginn (an Handflächen und Fußsohlen), gefürchteter ist das Multiorganversagen. Der Befall hinterlässt im späteren Erwachsenenalter über 90 Prozent spezifische Antikörper.

Untersuchungsverfahren

Bei klinischem Verdacht ist der kulturelle Erregernachweis maßgeblich. Anschließend erfolgt die Speziesdiagnostik (mit kommerziellen Test-Kits). Im Zweifelsfall ist der Nachweis freier Plasmakoagulase erforderlich mittels Röhrchentest und Durchführung eines MRSA-Screening-Tests. Die Feindifferenzierung erfolgt durch Lysotypie, Antibiogramm oder Pulsfeldgelelektrophorese (Makrorestriktionsanalyse). Der Toxinnachweis erfolgt durch Ouchterlonytest, Immunoblot und ELISA.

Mikrobiologische Screeninguntersuchungen

Routinemäßige Abstrichkontrollen von Bewohnern und Personal in Altenpflegeeinrichtungen werden nicht empfohlen. Ein Bewohner- beziehungsweise Personalscreening kann nach Prüfung der epidemiologischen Gegebenheiten bei gehäuftem Auftreten von MRSA-Infektionen (Ausbruch) notwendig werden, wenn ein Bewohner oder ein Mitglied des Personals als Quelle in Betracht

kommt. Ein Screening von Bewohnern und Personal ist nur bei gehäuftem Auftreten von MRSA-Infektionen (Kat. III) sowie bei begründetem Verdacht auf Weiterverbreitung ausgehend von Personal oder Bewohnern (Ausbruch) empfohlen (IFSG) (Kat. IB)[18].

Sanierung
Die Sanierung von MRSA-Trägern ist zwar gesundheitspolitisch wünschenswert, kann aber in Deutschland aufgrund der Häufigkeit der Verbreitung nicht generell erreicht werden. Die Entscheidung für eine Sanierungsbehandlung, zum Beispiel in einer Altenpflegeeinrichtung, sollte in Abhängigkeit von der Häufigkeit und der individuellen Gefährdung der einzelnen Personen getroffen werden. Der Erfolg der Sanierung wird vom Vorliegen weiterer Risikofaktoren beeinflusst. Die Sanierung erfolgt mit antiseptischen Körperwaschungen und Mupirocin-Nasensalbe (gegebenenfalls antiseptische Mundspülung bei Anwendung über fünf bis sieben Tage). Mehrmalige Sanierungsversuche sind nicht sinnvoll. Wenn bereits ein adäquater Sanierungsversuch in einer anderen Einrichtung erfolglos geblieben ist, kann in der Regel auf weitere Versuche verzichtet werden. Mit einem Wiederauftreten von MRSA muss insbesondere bei Bewohnern mit besiedelten chronischen Hautläsionen und dauerhaft invasiven Maßnahmen gerechnet werden. Eine eventuelle Sanierungsbehandlung erfolgt auf ärztliche Anordnung und muss ausreichende Nachuntersuchungen einschließen[6, 19, 20].

Prävention der Übertragung
Die Hauptübertragung erfolgt durch die Hände; die Prävention der Übertragung erfolgt daher durch geeignete Händedesinfektion. Der Erreger kann auch auf unbelebten Gegenständen überleben, die Unterbrechung der Infektkette muss daher auch eine Infektübertragung durch Schmierinfektion ausschließen. Insbesondere kontaminierte Kleidung, Tastaturen, Krankenakten, Türklinken und am Patienten verwendete Pflegeutensilien müssen sorgfältig desinfiziert werden, nach Hautkontakt muss eine Desinfektion erfolgen.

Da die Einschleppung des Erregers nahezu ausnahmslos über die Aufnahme von Patienten aus Krankenhäusern erfolgt, ist ein Screening der aus diesem Bereich verlegten Patienten empfehlenswert. Ist der Patient positiv, hat solange eine Isolierung zu erfolgen, bis der Nachweis der Sanierung erbracht ist. Diese Maßnahme kann aus den Anforderungen des Patientenschutzes des Infektionsschutzgesetzes abgeleitet werden, da die frühzeitige Erkennung von MRSA-Patienten eine nosokomiale Übertragung des Erregers in der Altenpflege verhindert.

Im Falle der Infektion eines Beschäftigten kann das Screening der neu aufgenommenen Patienten zur Identifizierung des Indexpatienten führen und damit dem Einzelnachweis der beruflichen Verursachung dienen.

MRSA als Berufskrankheit
Die Infektion des Beschäftigten im Gesundheitsdienst mit MRSA beinhaltet zwei Möglichkeiten:

- Kolonisierung
- Erkrankung

1. Die MRSA-Kolonisierung bei Beschäftigten im Gesundheitsdienst bedingt nicht automatisch eine Erkrankung. Vielmehr kann der Beschäftigte gesund mit diesem Erreger zusammenleben. Erst im Fall des Auftretens eines Immundefekts kann die Erkrankung erfolgen, der Erreger wird in diesem Fall virulent.

2. Die Erkrankung wird meist durch eine Abwehrschwäche ausgelöst. Das Krankheitsbild kann sich sehr unterschiedlich entwickeln (siehe oben).

3. Ein konkreter Nachweis einer Infektionsquelle für die Anerkennung als Berufskrankheit ist nicht erforderlich, da die Besiedelung mit MRSA typischerweise im Gesundheitsdienst auftritt, in der Normalbevölkerung nur sehr gering verbreitet ist und der Nachweis einer für die Infektion/Besiedelung verantwortlichen Infektionsquelle auch im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei der Feststellung einer Übereinstimmung der Keime (Resistenzmuster) in der Praxis nahezu ausgeschlossen ist. Darüber hinaus ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Versicherte zu irgendeinem, wenn auch nicht näher eingrenzbaren Zeitpunkt, an einem Patienten infiziert hat. Der außerberufliche Erwerb des Erregers ist sehr unwahrscheinlich. Im Sinne der Beweiserleichterung ist somit bei Beschäftigten mit Nachweis eines MRSA-Erregers davon auszugehen, dass eine Infektion durch die berufliche Tätigkeit eingetreten ist, wenn nicht besondere Umstände (zum Beispiel MRSA-Nachweis vor Aufnahme einer gefährdenden Tätigkeit oder außerberuflicher Gefährdungsnachweis) eine außerberufliche Infektion/Besiedelung wahrscheinlich machen.

4. Die Besiedelung mit MRSA allein bedingt keine Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitgeber muss prüfen, ob während der Sanierung eine Freistellung erforderlich ist oder wie auf andere Weise eine Gefährdung der anderen Patienten auszuschließen ist.

5. Die Erkrankung eines Beschäftigten ist als Verdacht einer Berufserkrankung zu melden (ärztliche Meldung). Eine Erkrankung würde bei Vorliegen der Voraussetzungen als Berufskrankheit anerkannt.

Zusammenfassung

Die MRSA-Infektion ist für Beschäftigte im Gesundheitsdienst eine typische Infektion, die bei Erkrankung in der Regel zur Anerkennung als Berufskrankheit führt. Insbesondere in der Altenpflege kann durch eine Screeninguntersuchung der aus Krankenhäusern verlegten Patienten die Übertragung auf andere Patienten oder Mitarbeiter verhindert werden.

Literatur

[1] RKI: Fachtagung der AG Nosokomiale Infektionen am RKI zur Intensivierung der Umsetzung von Präventionsstrategien bei MRSA. Epidemiologisches Bulletin 2005: 31-38

[2] Vandenesch F, Naimi T, Enright MC, Lina G, Nimmo GR, Heffernan H, Liassine N, Bes M,

Greenland T, Reverdy ME et al.: Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus carrying Panton-Valentine leukocidin genes: worldwide emergence. Emerg. Infect. Dis. 2003;9: 978-984

[3] *Blok HE, Vriens MR, Weersink AJ, Troelstra A: Carriage of methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) after discharge from hospital: follow-up for how long? A Dutch multi-centre study. 2001: 325-327*

[4] *Boyce JM: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in hospitals and long-term care facilities: microbiology, epidemiology, and preventive measures. 1992: 725-737*

[5] *RKI: Zur MRSA-Situation in Deutschland im Jahr 2004: Bericht aus dem Nationalen Referenzzentrum für Staphylokokken. Epidemiologisches Bulletin 2005: 376-380*

[6] *RKI: Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte: Staphylokokken-Erkrankungen, insbesondere Infektionen durch MRSA. Epidemiologisches Bulletin 2003*

[7] *Braulke C, Heuck D, Witte W: Actual results from the German national reference center for staphylococcus in 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 1999;42: 499-506*

[8] *Baba T, Takeuchi F, Kuroda M, Yuzawa H, Aoki K, Oguchi A, Nagai Y, Iwama N, Asano K, Naimi T et al.: Genome and virulence determinants of high virulence community-acquired MRSA. 2002: 1819-1827*

[9] *RKI: International einheitliche Nomenklatur epidemischer MRSA neu eingeführt. Epidemiologisches Bulletin 2002: 222-223*

[10] *Lina G, Piemont Y, Godail-Gamot F, Bes M, Peter MO, Gauduchon V, Vandenesch F, Etienne J: Involvement of Panton-Valentine leukocidin-producing Staphylococcus aureus in primary skin infections and pneumonia. 1999: 1128-1132*

[11] *Witte W, Cuny C, Strommenger B, Braulke C, Heuck D: Emergence of a new community-acquired MRSA strain in Germany. Euro Surveill. 2004;9: 16-18*

[12] *Herold BC, Immergluck LC, Maranan MC, Lauderdale DS, Gaskin RE, Boyle-Vavra S, Leitch CD, Daum RS: Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus in children with no identified predisposing risk. 1998: 593-598*

[13] *Salmenlinna S, Lyytikainen O, Vuopio-Varkila J: Community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus, Finland. Emerg. Infect. Dis. 2002;8: 602-607*

[14] *Witte W: Community-acquired MRSA auch in Deutschland? Schlußfolgerungen für ein rechtzeitiges Erkennen. 2005*

[15] *Bradley SF: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in nursing homes. Epidemiology, prevention and management. 1997: 185-198*

[16] *Thomas JC, Bridge J, Waterman S, Vogt J, Kilman L, Hancock G: Transmission and control of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a skilled nursing facility. 1989: 106-110*

[17] *O'Sullivan NP, Keane CT: Risk factors for colonization with methicillin-resistant Staphylococcus aureus among nursing home residents. 2000: 206-210*

[18] *Lessing MP, Jordens JZ, Bowler IC: When should healthcare workers be screened for methicillin-resistant Staphylococcus aureus? 1996: 205-210*

[19] *Linde HJ, Lehn N: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA). Der Prototyp eines nosokomialen multiresistenten Infektionserregers. 2002: 690-699*

[20] *Dietlein E, Hornei B, Krizek L, Hengesbach B, Exner M: Recommendations for MRSA Control: In Homes for the Elderly, Nursing Homes and Rehabilitation Clinics – a Contribution to Discussion. Hyg Med 2002;27: 131-137*

[21] *Lehn N: Wissenschaftliches Gutachten zur Problematik der MRSA-Infektion als Berufserkrankung. 2003*

KoKoQ – Kommunikation, Kooperation und Qualifikation verbessern

WS B6

Dr. Norbert Schöll,
Projektleiter, Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen, Bremen

Dass Berufe in der Pflege mit gesundheitlichen Gefährdungen und Belastungen verbunden sind, ist nichts Neues, schon gar nicht für die Pflegekräfte selbst: Physische Belastungen gehören zum Arbeitsalltag, ebenso psychische (aus verschiedenen Gründen) und schließlich auch „biologische" Belastungen, in erster Linie angesichts der Gefahr von Infektionen.

Dass es also darum gehen muss, diese Belastungen zu vermindern, sie im Griff zu haben und kompetent beurteilen zu können sowie wirksame Schutz- und Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen, ist aus Sicht der Betroffenen ein Gemeinplatz und entspricht dem „gesunden Menschenverstand" – und ist nicht zuletzt auch die Forderung einer guten Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes: So verlangt das Arbeitsschutzgesetz eine „Beurteilung der Arbeitsbedingungen", die präventiv wirken und zu kontinuierlichen Verbesserungen führen soll.

Dass zu einem funktionierenden Qualitätsmanagement die Planung der betrieblichen Abläufe und die Definition von Zuständigkeiten und Verantwortung genauso gehört wie deren Übertragung an qualifiziertes Personal, steht außer Frage. Damit die „Dienstleistung am Kunden" kompetent und (dauerhaft) erfolgreich wahrgenommen werden kann, bedarf es entsprechender Vorgaben, Lenkung, Standards und kontinuierlicher Verbesserung.

Nichts anderes gilt für einen präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz: Seine Kernelemente (und auch die zentralen Forderungen des Arbeitsschutzgesetzes), also

- der Aufbau einer geeigneten (Arbeitsschutz-)Organisation,
- die Durchführung von Gefährdungs- und Belastungsanalysen (Schwachstellenanalyse),
- stetige Verbesserungsbemühungen und
- Mitarbeiterqualifizierung,

sind in weiten Bereichen nichts anderes als das, was durch Verfahren und Instrumente eines Qualitätsmanagements gleichfalls zu definieren und festzulegen ist. Somit ist es sinnvoll und sachlich geboten, den Arbeitsschutz in das „System" zu integrieren und ein internes Qualitätsmanagementsystem einzurichten, das die Synergien nutzt, die sich aus einer Kombination von Qualitätssicherung und Arbeits- und Gesundheitsschutz ergeben. Das Ziel einer guten Managementpraxis ist dementsprechend: Qualitätsmanagement ergänzen um Arbeitsschutzmanagement! Dies bedeutet vor allem zweierlei: eine gute Arbeitsschutzorganisation und wirksame Verfahren für die Beurteilung der Arbeitsbedingungen.

Arbeitsschutz organisieren: Verantwortung und Kompetenz

Den Arbeitsschutz zu organisieren heißt zunächst, die Führungsverantwortung ernst zu nehmen und die Durchführung sinnvoll an Pflegedienstleitungen, Bereichsleitungen, Hauswirtschaftsleitungen zu delegieren – verbunden mit einer

genauen Aufgabenübertrag und Qualifizierung. Weiterhin gilt es, sich über internes oder externes Personal (Fachkraft, Betriebsarzt, Sicherheitsbeauftragte) kompetenter Arbeitsschutzberatung zu versichern und für eine geregelte Kommunikation zwischen den Beteiligten zu sorgen.

Nicht zuletzt sind schließlich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in die so geschaffene Organisation mit einzubinden und verantwortlich an der Verbesserung ihres Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu beteiligen. Das gelingt am besten über eine **Qualifizierung der Pflegekräfte zu Arbeitsschutzexpertinnen und -experten.** Und zwar dadurch, dass man die Beurteilung der Arbeitsbedingungen ernst nimmt, sie nicht nur „vom grünen Tisch" aus und mit Checklisten betreibt, sondern die Beschäftigten aktivierend mit einbezieht. Es ist wichtig, solche Beurteilungen zu einer kommunikativ-nachhaltigen und verstetigten Einrichtung im Pflegeunternehmen zu machen, zum Beispiel mittels ohnehin vorhandener Lenkungsmaßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements (Teambesprechungen, Gespräche, regelmäßige Überprüfungen und Auswertung, Qualitäts- oder Gesundheitszirkel) sowie durch Qualifizierung, ein gutes Betriebsklima und Mitsprachemöglichkeiten.

Sicherlich sind Checklisten dort nicht überflüssig, wo sie eine sinnvolle Hilfe darstellen können: bei der Beurteilung von Arbeitsstätten und Arbeitsmitteln oder als Sammlung potenzieller Risiken bei den jeweiligen Tätigkeiten. Aber sie haben ihre Grenze bei der Erfassung und Beurteilung der tatsächlichen Arbeitstätigkeiten und Arbeitsumstände. Denn die pflegerischen Arbeitsplätze, die auszuführenden Arbeitshandlungen (einschließlich ihrer sozial-kommunikativen Komponente) und auch die pflegebedürftigen Personen selbst – ob im häuslichen Umfeld oder stationär – sind nichts, was auf lange Sicht feststeht: Sie verändern sich, nicht zuletzt durch das jeweilige Befinden der betreuten Personen. Dazu kommt, dass Pflegekräfte im täglichen Geschäft weitgehend „Einzelkämpfer" sind; sie stehen weder unter aktueller Arbeitsschutzanleitung durch Vorgesetzte, noch können sie darauf vertrauen, dass ihnen jederzeit jemand mit Rat und Tat zur Seite steht. Es gilt also, kontinuierlich – gewissermaßen arbeitsbegleitend – die Arbeitsbedingungen immer wieder neu zu beurteilen und Risiken zu minimieren, um neue Maßnahmen einleiten zu können. Das kann nicht allein Aufgabe der Vorgesetzten, der Leitungen oder der qualifizierten Arbeitsschutzexperten sein, dazu müssen die Pflegekräfte selbst zumindest den Anstoß geben.

Offene Kommunikation, eine mitarbeiterorientierte Gefährdungsbeurteilung und darüber hinaus eine Qualifizierung der Pflegekräfte zu Selbstverantwortung und Aufmerksamkeit hinsichtlich erschwerender oder auch erleichternder Arbeitsbedingungen: Das gehört, unter dem Schlagwort der „Selbstpflege", unbedingt dazu, wenn man mittels der Gefährdungsbeurteilung zu einem „gesunden Unternehmen" werden will. Dies kommt den Pflegekräften zugute, aber auch den Pflegeeinrichtungen, denn ohne motiviertes, gesundes und leistungsfähiges Personal geht es nicht und ist auf Dauer auch keine hohe Pflegequalität zu gewährleisten.

Unter dieser Zielsetzung arbeitet das **Projekt KoKoQ** als ein Beratungs- und Unterstützungsprojekt seit Anfang 2005 mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen im Land Bremen zusammen. Das Projekt wird am Institut Arbeit und Wirtschaft (IAW) der Universität Bremen, Arbeitnehmerkammer, durchgeführt und aus Landes- und EU-Mitteln gefördert.

Die Partnerbetriebe des Projekts werden beim Aufbau eines integrativen Managementsystems unterstützt, das die Qualitätsentwicklung mit präventivem Arbeits- und Gesundheitsschutz verbindet. Weitere Schwerpunkte sind die Bereiche:

- Verbesserung von Arbeitsorganisation
- interne Kommunikation (Informationsfluss, Verbesserungsmanagement)
- externe Kommunikation (Beschwerdemanagement, Bezüge zu Dritten als Kunden-/Lieferanten-Bezug)

Daher auch das Projektkürzel: Verbesserung von **Ko**mmunikation, **Ko**operation und **Q**ualifikation.

Das Projekt (siehe auch www.pflege-projekt.de) und seine betrieblichen Partner werden kontinuierlich unterstützt durch einen breiten Kreis sogenannter institutioneller Partner, von der BGW über die Aufsichtsinstitutionen (MDK, Heimaufsicht, Gewerbeaufsicht) bis hin zu Krankenkassen und Gewerkschaft.

Ein Träger, viele Einrichtungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement unter einem Dach

WS B7

Hansjörg Wiesler,
Caritasverband Stuttgart, Beratungsdienst Gesundheit, Mensch + Arbeit, Stuttgart
Dr. Karin Töpsch,
Organisationsberatung & Training, Stuttgart

Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt für Trägereinrichtungen eine Herausforderung, aber auch eine Chance dar. Auch die großen Wohlfahrts- und Sozialverbände, die oft eine Vielzahl von Einrichtungen in eigener Trägerschaft führen, sehen sich vor der Aufgabe, einrichtungsübergreifende Konzepte für die betriebliche Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Umsetzung in den Einrichtungen muss dabei auf die spezifischen Arbeitsbelastungen und organisatorischen Ressourcen vor Ort abgestimmt sein.

Am Beispiel eines Pilotprojekts einer stationären Altenpflegeeinrichtung des Caritas-Ortsverbands für Stuttgart wird aufgezeigt, wie Arbeitsbelastungen mithilfe eines moderierten Gruppendiskussionsverfahrens qualitativ analysiert werden können und wie in Zusammenarbeit mit den Gremien und Akteuren vor Ort eine konstruktive Maßnahmenableitung erfolgt.

Einführung

Der Caritasverband für Stuttgart e.V. beschäftigt etwa 2.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Wohlfahrtspflege mit unterschiedlichen Tätigkeitsschwerpunkten: Hierzu zählen Suchtberatungsstellen ebenso wie die Wohnungslosenhilfe, ambulante und stationäre Altenpflege sowie Werkstätten für behinderte Menschen. Ende 2005 beauftragte der Vorstand das Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung beim Caritasverband", das erstmals alle bisherigen Aktivitäten zum Gesundheits- und Arbeitsschutz integrieren und die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) nachhaltig im Gesamtverband verankern sollte. Der Startschuss fiel im Februar 2006 mit der konstituierenden Sitzung des Lenkungsausschusses „Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz", der seither kontinuierlich einmal im Quartal tagt. Das BGF-Gesamtkonzept umfasst – mit dem grundsätzlichen Ziel der Gesunderhaltung der Mitarbeiter – nicht nur die Reduzierung von Arbeitsbelastungen, sondern unter anderem auch Themen wie Suchtprävention, Konfliktmanagement, betriebliches Eingliederungsmanagement, demografischer Wandel sowie Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung am Beispiel einer Altenpflegeeinrichtung

Nachdem im Lenkungsausschuss die Entscheidung gefallen war, betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte zunächst in einigen Einrichtungen modellhaft zu erproben, entschieden sich zwei Caritas-Einrichtungen spontan für eine Teilnahme als Piloteinrichtungen, eine weitere folgte zu Beginn des Jahres 2007.

Das Projekt wurde im Juni 2006 in einer Einrichtung der stationären Altenpflege begonnen (Haus Adam Müller-Guttenbrunn, 100 Mitarbeiter, 3 Wohnbereiche, 121 Plätze), nachdem das Gesamtkonzept im Arbeitsschutzausschuss (ASA) vorgestellt und in der Leitungsrunde (Einrichtungs-, Pflegedienst-, Hauswirtschaftsleitung, Sozialdienst und Leitung Soziale Betreuung) verabschiedet worden war.

Zur Ist-Analyse sollte in allen drei Wohnbereichen der Einrichtung ein moderiertes Gruppendiskussionsverfahren eingesetzt werden. Zwei zusätzliche Gruppen wurden im Bereich Hauswirtschaft/Küche sowie im Bereich Technik/Verwaltung/Leitung angeboten.

Analysephase

Die Arbeitssituationsanalyse (ASiA) ist ein Verfahren zur qualitativen Mitarbeiterbefragung, das in geordneter Form Hinweise auf Belastungsschwerpunkte in einem Arbeitsbereich gibt, erste Lösungsvorschläge der Beteiligten erfasst und die Ableitung von Maßnahmen ermöglicht. Belastungen werden im Hinblick auf die Kategorien Arbeitsorganisation, Arbeitstätigkeit, Arbeitsumgebung, Gruppen- und Betriebsklima sowie Führungsverhalten erfasst. Im Haus Adam Müller-Guttenbrunn fand eine intensive Kommunikation bereits im Vorfeld statt: Bei Dienstbesprechungen wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über das Projekt und das einzusetzende Verfahren informiert. Die Durchführung erfolgte während der Arbeitszeit. Obwohl allen Mitarbeitern die Teilnahme freigestellt war, beteiligten sich die Pflegekräfte fast zu 100 Prozent an der Befragung (ausgenommen Krankheits- und Urlaubsfälle).

Die Auswertung der Analysephase ergab, dass die in den Wohnbereichen auftretenden Schwerpunktbelastungen nur zum Teil auf körperliche Belastungen durch Heben und Tragen zurückzuführen sind. Die Pflegekräfte stuften Aspekte der Arbeitsorganisation beziehungsweise der Tätigkeit häufig als noch belastender ein: den Umgang mit schwierigen Angehörigen, mangelnden Informationsfluss (zum Beispiel bei Übergabegesprächen), unklare Pausenregelungen oder die mangelnde Angleichung des Personaleinsatzes an Arbeitsspitzen im Tagesverlauf. Auch die Unterbringung von Geräten und Hilfsmitteln, die Flächen verstellen und damit die Arbeit erschweren, stellte in den Wohnbereichen ein Problem dar.

Maßnahmenkonzeption und Umsetzung

Zur Maßnahmenableitung wurde eine Projektmatrix erstellt, die eine genaue Problemdefinition, bisherige Lösungsvorschläge sowie einen Maßnahmenplan mit Zuständigkeiten und Terminen enthält. Die Einrichtungs- und die Pflegedienstleitung, die Leiterin des Sozialdienstes, der Leiter der Beratungsstelle „Gesundheit, Mensch und Arbeit" sowie die externe Beraterin der BGW trafen in mehreren Arbeitssitzungen zusammen, um die Projektmatrix zu erarbeiten und die zwischenzeitliche Umsetzung der Maßnahmen zu überprüfen. Dabei wurden auch bereits laufende Aktivitäten (zum Beispiel die Erarbeitung eines Konzepts zum Beschwerdemanagement) mit den Ergebnissen der Arbeitssituationsanalyse abgeglichen und entsprechend angepasst.

Evaluation und Ausblick

Die Überprüfung der Projektaktivitäten erfolgt laufend, indem die zu bearbeitenden Themen auf Dienstbesprechungen als mitlaufender Tagesordnungspunkt behandelt werden. In Bezug auf das Beschwerdemanagement, Übergabe- beziehungsweise Fallbesprechungen, Pausenregelungen sowie die Unterbringung von Hilfsmitteln und Geräten sind Lösungen erarbeitet worden, die derzeit in der Erprobungsphase sind.

Wie Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeiter stärken können

WS B8 und WS C8

Dr. Andreas Zimber,
Personal- und Organisationsentwicklung, Heidelberg

Gute Gründe, sich für mehr Mitarbeitergesundheit zu engagieren

Fragt man Leitungskräfte in Pflegeeinrichtungen nach ihren zentralen Führungsaufgaben, so nennen sie alles, was zur reibungslosen Organisation eines Dienstes gehört: Dienst- und Einsatzplanung, Buchhaltung, Überwachung der Pflegedokumentation und vieles andere mehr. Die Förderung der Mitarbeitergesundheit sehen dagegen nur wenige Führungskräfte als eine wichtige Managementaufgabe an: „Für die eigene Gesundheit ist doch erst mal jeder Mitarbeiter selbst verantwortlich, oder?" Viele Führungskräfte meinen, kaum Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu haben, und nehmen den Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen im Betrieb nicht wahr. Sie erkennen damit auch nicht den Nutzen, den gesunde Mitarbeiter zum Beispiel für die Dienstplanung oder den reibungslosen Ablauf eines Dienstes haben.

Dabei sind gerade gesunde und zufriedene Mitarbeiter das Fundament für einen gut funktionierenden Betrieb – nur sie können die Fahne für das Unternehmen hochhalten, seine hohen Qualitätsansprüche und seine Auslastung auf Dauer sicherstellen. Doch wie der leistungsfähige und motivierte, so fällt auch der gesunde Mitarbeiter nicht vom Himmel. Wie bei allen Managementaufgaben gilt auch hier: Von nichts kommt nichts. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Führungskräfte einen erheblichen Einfluss auf die Belastungen am Arbeitsplatz und damit auf Zufriedenheit und Wohlbefinden der Beschäftigten ausüben. Vor allem von ihrem Verhalten hängt es ab, ob aus Anforderungen Überforderungen werden. Natürlich gibt es auch Faktoren, die außerhalb des Einflussbereichs von Führungskräften liegen, zum Beispiel die gesundheitliche Veranlagung des Beschäftigten, Arbeitseinstellung und Arbeitsstil, außerberufliche Belastungen. Dennoch existieren vielfältige betriebliche Gestaltungsspielräume, die von den Führungskräften bisher noch oft ungenutzt bleiben.

Beispiel Fehlzeiten: Vorgesetzte, die in eine andere Abteilung wechseln, nähern sich in ihrem Bereich trotz neuer Belegschaft schon in kurzer Zeit ihrem früheren Mitarbeiter-Krankenstands-Niveau an, nehmen ihren Krankenstand sozusagen mit. Bekannt ist auch der Zusammenhang zwischen den Fehlzeiten eines Beschäftigten und der Zufriedenheit mit seinem Vorgesetzten: Bezieht der Vorgesetzte seine Mitarbeiter in die Entscheidungen mit ein, fehlen diese seltener, während ein autoritärer Führungsstil die Fehlzeiten steigen lässt. Ebenso ist belegt, dass eine gute Beziehung zum Vorgesetzten als „Puffer" gegen Stress wirken und das Erkrankungsrisiko herabsetzen kann.

Solche Erkenntnisse über die Schlüsselrolle der Führungskräfte haben sich auch in Projekten der BGW, dem für die Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste zuständigen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, immer wieder bestätigt: Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung sind dann erfolgreich, wenn sich die Führungskräfte mit dem Thema identifizieren und ihre Umsetzung im Betrieb nachhaltig unterstützen. Verpuffen die positiven Wirkungen dagegen

rasch, so zeigt sich auch hier, dass in den meisten Fällen „der Fisch vom Kopf her stinkt".

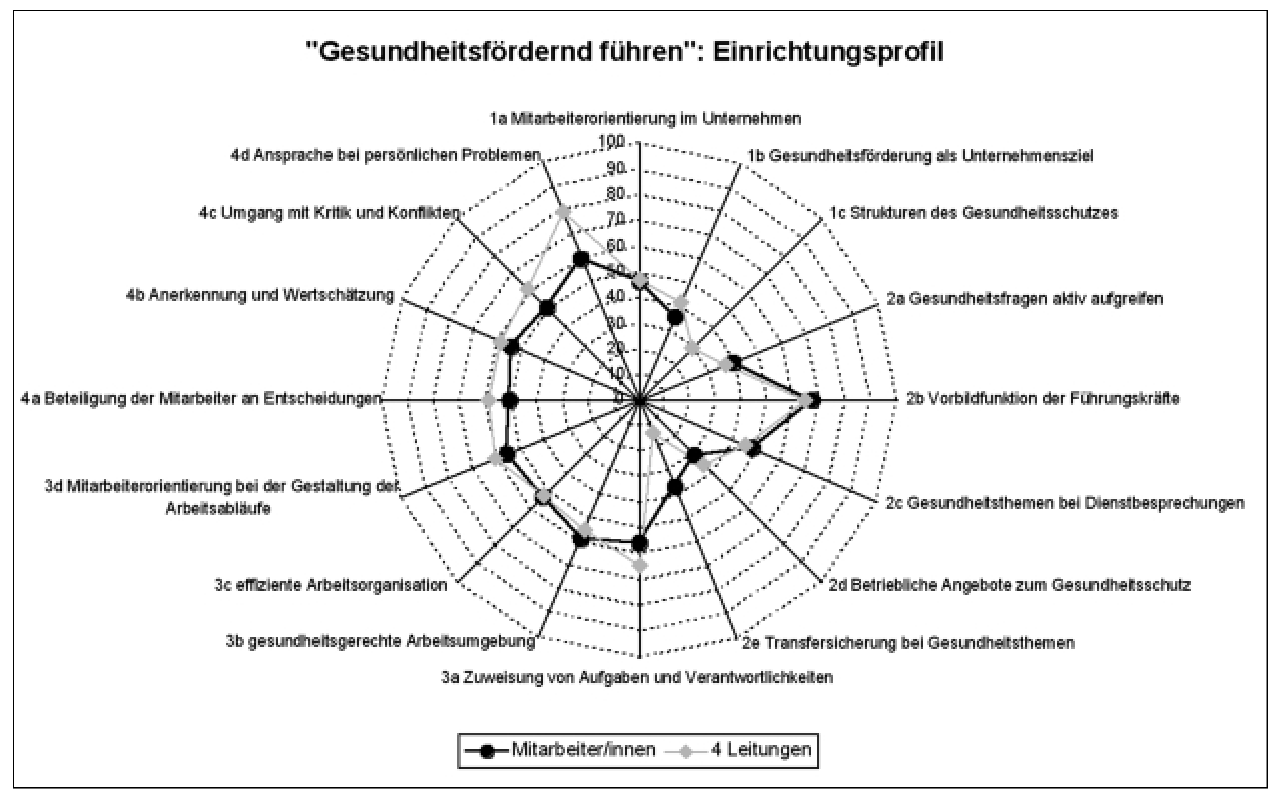
Das BGW-Projekt „Gesundheitsfördernd führen"

Genau an diesem Punkt setzt die BGW mit dem Projekt „Gesundheitsfördernd führen" an. Die Führungskräfte sollen für die Thematik sensibilisiert werden, es soll ihr Interesse geweckt, eine persönliche Betroffenheit hergestellt und es sollen Gestaltungsspielräume aufgezeigt werden.

Um dies zu erreichen, werden die betrieblichen Führungsbedingungen zunächst einer Ist-Analyse anhand der Methode der Selbst- und Fremdeinschätzung unterzogen. Die Führungskräfte schätzen ihr eigenes Führungsverhalten, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wiederum das Führungsverhalten ihrer direkten Vorgesetzten ein. Für die schriftliche Befragung liegen mehrere Fragebogenfassungen vor, die jeweils etwa zwischen 30 und 50 Fragen zu den Führungsstrukturen und zum gesundheitsbezogenen Führungsverhalten der Vorgesetzten enthalten. Die Fragen wurden so formuliert, dass sie bis auf wenige Ausnahmen einen direkten Vergleich der Selbst- und Fremdbeurteilung erlauben und in der Auswertung einander gegenübergestellt werden können. Die Befragungen können mithilfe mitgelieferter Unterlagen ausgewertet und anhand einfacher und verständlicher Grafiken visualisiert werden. Die (gemittelten) Ergebnisse werden den Führungskräften sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getrennt vorgestellt und mit ihnen diskutiert.

Abbildung 1 gibt exemplarisch ein Einrichtungsprofil wieder, in dem die Beurteilungen der Leitungskräfte und der Mitarbeiter einander gegenübergestellt sind.

Abbildung 1:
Beispiel für ein Einrichtungsprofil



In den beiden Profilen zeigen sich Abweichungen in der Selbst- und Fremdbewertung nur in wenigen Dimensionen (zum Beispiel Ansprache bei persönlichen Problemen). Ansonsten liegen die Einschätzungen der Leitungskräfte und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nahe beieinander – eine gute Voraussetzung für eine gemeinsame Problemdefinition.

Die Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung werden in einem eigens im Betrieb gebildeten Gremium abgeglichen und diskutiert, aus den Ergebnissen werden Veränderungsmaßnahmen abgeleitet. Abweichend von den meisten Gesundheitsförderungsansätzen sollen die Maßnahmen in erster Linie nicht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern vor allem der Zielgruppe der Führungskräfte zugutekommen. Abhängig davon, in welchen der oben dargestellten Dimensionen ein Betrieb Defizite oder starke Abweichungen in der Selbst- und Fremdeinschätzung aufweist, können geeignete Maßnahmen ausgewählt werden. Beispiele für mögliche Maßnahmen sind:

- Entwicklung von gesundheitsbezogenen Führungsgrundsätzen
- Teambesprechungen zu psychisch belastenden Arbeitssituationen
- Einführung von Mitarbeitergesprächen
- Beratung von Mitarbeitern bei gesundheitlichen Problemen
- Fortbildung zu gesundheitsbezogenen Aufgaben der Führungskräfte
- kollegiale Beratung unter den Führungskräften

Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung

Dieses Vorgehen hat die BGW bereits erfolgreich in vier Mitgliedsbetrieben umgesetzt, die sich freiwillig zur Teilnahme an der Erprobung gemeldet haben. In den letzten Sitzungen des Leitungsgremiums wurden die gesammelten Erfahrungen in einer strukturierten Erfolgskontrolle ausgewertet. Wie die Ergebnisse der Erfolgskontrollen zeigten, fällt die Bilanz des Projekts aus der Sicht der Beteiligten bisher überwiegend positiv aus.

Weitgehend positive Erfahrungen wurden berichtet zu den gesundheits- und führungsbezogenen Projektinhalten, zur Projektdurchführung und den Wirkungen des Projekts auf das Betriebsklima und die Unternehmenskultur der Einrichtungen sowie zur Bedeutung der weichen Faktoren, wie zum Beispiel Anerkennung und Wertschätzung für die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zum Teil kritisch wurde dagegen der langfristige Nutzen der im Projekt erzielten Ergebnisse bewertet: Es wurde auch die Befürchtung geäußert, Aufwand und Ertrag stünden nicht in einem angemessenen Verhältnis und der langfristige Nutzen für die Betroffenen sei fraglich. Dies wurde insbesondere mit der geringen Resonanz begründet, die das Projekt bei den Mitarbeitern einer der Piloteinrichtungen gefunden hat.

Das streng am betrieblichen Bedarf orientierte Vorgehen hat sich bisher in der Praxis bewährt: Wie Befragungsergebnisse zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach der Maßnahmendurchführung) zeigen, haben sich die Führungsstrukturen und das Führungsverhalten vor allem in jenen Bereichen verbessert, in denen Maßnahmen vereinbart und umgesetzt wurden.

Die Erfahrungen, die hierbei gewonnen werden, sollen in einen Praxisleitfaden eingehen, der nach seiner Entwicklung und Erprobung allen Mitgliedsbetrieben der BGW zur Verfügung stehen wird. Sein Nutzen soll darin bestehen, dass die Betriebe ihre Führungsstrukturen und das Führungsverhalten ihres Leitungspersonals einschätzen und geeignete Maßnahmen ableiten können. Der Leitfaden enthält neben dem Messinstrument auch eine Anleitung, wie aus den Ergebnissen ein möglicher Verbesserungsbedarf abgeleitet werden kann, sowie einen Maßnahmenkatalog mit konkreten Hinweisen zur praktischen Umsetzung.

Literatur

Berger G, Kämmer K, Zimber A (Hrsg.): Erfolgsfaktor Gesundheit. Handbuch zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Teil 1: Mitarbeiterorientierte Führung und Organisation. Vincentz, 2006.

Matyssek AK: Chefsache: Gesundes Team – gesunde Bilanz. Ein Leitfaden zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung. Universum, 2003

Münch E, Walter U, Badura B: Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Edition Sigma, 2003

Nieder P: Führung und Gesundheit. Die Rolle des Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement. In: Brandenburg U, Nieder P, Susen B (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation. Juventa, 2000: 149-161

Taubert R, Piorr R: Gesundheitsgerechtes Management. Ein langfristig effektiver Ansatz. Personalführung 1997;12: 1190-1197

Ulich E, Wülser M: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Gabler, 2005

Zimber A: Wie Führungskräfte zur Mitarbeitergesundheit beitragen können. Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben. Ergebnisse einer Literaturanalyse. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2004

Zimber A: Gut gemeint ist noch nicht gut gemacht. Die Führungsqualität in Pflegeeinrichtungen. Dr. med. Mabuse Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe 2006;162: 41-43

Zimolong B (Hrsg.): Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen. Gabler, 2001

Sinn- und Lebenskrisen als Chancen begreifen WS B9

Andreas Schönwald,
Geschäftsführender Gesellschafter empatis – Institut für wegweisende Persönlichkeitsentwicklung, Dresden

Die menschliche Persönlichkeitsentwicklung ist geprägt von Phasen der Ruhe und Beständigkeit sowie Phasen der Veränderung. Menschen glauben – oder besser: sie hoffen –, dass sie ein Recht auf ein erfülltes und glückliches Leben haben. Wenn Veränderungen eintreten, sind Menschen häufig verwirrt, entmutigt oder sie zweifeln an der eigenen positiven und beruflichen Zukunft. Personalverantwortliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Entscheidungsträger benötigen umfassende kommunikative, beraterische und empathische Kompetenzen, um diese Phasen der Veränderung und der Entwicklung zu erkennen und sie konstruktiv mit zu gestalten.

Einführung

Die menschliche Sprache ist wie unsere Gedanken- und innere Vorstellungswelt eher negativ und defizitorientiert. Es fällt oft schwer, die Metaebene[1] einzunehmen und das eigene Leben abstrahiert zu betrachten – so kann ein Gefühl der Ungerechtigkeit und der Sinnlosigkeit des Lebens entstehen. Einige Menschen schaffen es, trotz der beständigen Wechsel ein dauerhaft positives und erfülltes Leben zu führen. Die Mehrzahl der Menschen hat jedoch während dieser Sinn- und Lebenskrisen Probleme mit sich und der Welt. Es fällt ihnen sehr schwer zu begreifen, dass Lebens- und Sinnkrisen unglaubliche Potenziale, Wachstums- und Entwicklungschancen für den Einzelnen, seine Partner und seine Kollegen bieten.

In den Phasen der Neuordnung und Neuorientierung kann es sinnvoll und überaus wichtig sein, professionelle Hilfe und Unterstützung hinzuzuziehen. Unternehmerisch bedeutender ist aber die Sensibilisierung von personalverantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Veränderungs- und Entwicklungsphasen. Die zeitnahe Thematisierung dieser Belastungssituationen und die Erarbeitung adäquater Bewältigungs- und Unterstützungsangebote sind elementar für eine nachhaltige und ressourcevolle Persönlichkeits-, Unternehmens- und Firmenentwicklung.

Ziele

Ziel des Workshops ist die Sensibilisierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Entscheidungsträgern und Personalverantwortlichen für die Brisanz von persönlichen Veränderungen beziehungsweise Sinnkrisen für den Einzelnen wie für das Team und das Unternehmen. Des Weiteren sollen den Teilnehmern Grundkenntnisse der Beratungs- und Interventionsarbeit vermittelt werden. Ergänzend werden Methoden und Ansätze vorgestellt, die kurzfristig und

---

[1] *Metaebene: übergeordnete Position, von der aus Situationen, Verhaltensweisen, Erlebenszustände, Wertungen und vieles mehr mit Abstand betrachtet und analysiert werden können. Durch die Verlagerung der Position auf die Metaebene kann zum Beispiel persönliche Betroffenheit reduziert oder Betriebsblindheit offenbar werden. Daher ist eine Analyse von der Metaebene aus auch ein Standardverfahren der selbstkritischen Reflexion.*

ressourcenschonend in diesen Phasen der Neuorientierung zur Anwendung kommen können, nach Maßgabe von Effektivität und Effizienz.

Inhalte

Das Aufzeigen und die Vermittlung von Grundlagen professioneller, prozess- und zielorientierter Kommunikations- und Interventionsmethoden sowie Beratungsansätze ist Ziel des Workshops. Der sichere Umgang mit diesen kommunikativen Methoden und Ansätzen ist wichtig für eine positive und nachhaltige Bewältigung der wechselnden Lebensphasen und/oder Sinnkrisen im Sinne des Individuums und des Teams. Huxley formulierte dies überaus treffend: „Erfahrung ist nicht das, was einem zustößt. Erfahrung ist das, was man aus dem macht, was einem zustößt."

Während des Workshops werden unter anderem die folgenden Kommunikationsgrundlagen vermittelt:

- aktives Zuhören
- Ich-Botschaften
- „Pacen und Leaden"
- Einheit von verbaler und nonverbaler Kommunikation
- positive und ressourcenorientierte Kommunikation

Ergänzend werden umfassende, nachhaltige und moderne Methoden der ergebnis- und zielorientierten Gesprächsführung vorgestellt. Mit diesem (Basis-) Wissen können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Personalverantwortliche neue Prioritäten in ihrer Arbeit setzen und sich gezielt(er) weiterbilden. Im Workshop wird beispielsweise auf folgende Methoden eingegangen:

- zirkuläres Fragen, Fragen nach Ausnahmen, Ressourcen und Sichtweisen Dritter
- Aufstellungs- und Genogrammarbeit, Visualisierung von informellen und formellen Beziehungen
- Reframing: Veränderung der „Realität" durch Veränderung des Rahmens (zum Beispiel: ein halbes Glas Wasser – ist es halb voll oder halb leer?)
- Rapport: bewusst erzeugte positive (Arbeits-)Beziehung

Ergebnis

Der Erwerb des (Basis-)Wissens der ressourcen- und ergebnisorientierten Gesprächsführung wird die Qualität der Mitarbeitergespräche deutlich verbessern, sodass eine echte Win-Win-Situation entsteht. Dadurch werden Personal- und Mitarbeitergespräche zu dem, was sie sein sollten: einem effektiven, effizienten, ressourcevollen und wertschätzenden Mittel der Persönlichkeits-, Personal- und Unternehmensentwicklung.

Im Gespräch bleiben – mit sprachbehinderten Menschen kommunizieren WS B10

Claudia Büttner,
Logopädin, München

In Altenpflegeeinrichtungen leben häufig Menschen, die unter einer Sprachstörung – zum Beispiel infolge eines Schlaganfalls – leiden und mit denen bereits die Verständigung über alltägliche Dinge sehr problematisch sein kann. Für Pflegekräfte bedeutet der Umgang mit diesen Betroffenen oftmals einen zusätzlichen Stressfaktor; denn misslingen bereits „einfachste" Gespräche, ist das für beide Seiten frustrierend. Somit tragen Hilfen zur Kommunikation mit Sprachbehinderten sowie Kompetenzen in der Gesprächsführung sowohl zur Qualität der Pflege als auch zur persönlichen Berufszufriedenheit der Pflegekräfte bei.

Der Workshop auf dem bgwforum 2007 gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern grundlegende Informationen zu diesem Thema und befähigt dazu, sich in die Lage der Betroffenen besser hinversetzen zu können. Darüber hinaus werden Anregungen gegeben, das eigene Kommunikationsverhalten in diesen Gesprächssituationen zu reflektieren und zu verbessern.

Einleitung

Pflegekräfte kommen im Berufsalltag häufig mit Menschen mit Sprachstörungen in Berührung. Im Folgenden geht es um kommunikationsverbessernde Strategien bei Betreuten mit aphasischen Sprachstörungen. Davon abzugrenzen sind Sprachstörungen bei demenziellen Erkrankungen, bei denen sich die Vorgehensweise – zumindest in späteren Stadien – unterscheidet.

Wichtig ist also eine genaue Diagnostik der Sprachstörung, um die Symptomatik differenziert einschätzen und somit angemessen auf die kommunikativen Möglichkeiten der Betroffenen eingehen zu können. Um eine optimale Betreuung zu gewährleisten, findet im Idealfall eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften, Sprachtherapeuten und Ärzten statt.

Grunderkrankungen und Symptome

Eine Aphasie tritt infolge einer Schädigung der linken Hirnhälfte auf, zum Beispiel durch einen Schlaganfall oder ein Schädelhirntrauma. Alle sprachlichen Leistungen, wie Sprachverstehen, Sprachproduktion, Lesen und Schreiben, können hiervon betroffen sein. Diese zentrale **Sprach**störung ist nach der Akutphase relativ stabil – im Gegensatz zu demenziellen Erkrankungen, die einen progredienten Verlauf der sprachlichen Beeinträchtigungen zeigen.

Davon zu unterscheiden sind zentrale **Sprech**störungen, bei denen Atmung, Sprechen und Stimmgebung gestört sind. Solche Dysarthrien kommen auch nach einem Schlaganfall oder aber zum Beispiel bei M. Parkinson oder Multipler Sklerose vor. Sprachverstehen und Sprachproduktion sind hier intakt, trotzdem kann ein Gespräch durch die verwaschene, leise oder monotone Sprechweise stark erschwert sein.

Mögliche Symptome einer Aphasie können Wortfindungsstörungen, Sprachverständnisstörungen oder Störungen des Satzbaus sein. In schweren Fällen spricht man von globaler Aphasie, bei der die Kommunikation so stark beeinträchtigt ist, dass der Betroffene zum Teil nur noch Stereotypien („ja, so; ja, so") äußern kann. Außerdem treten oft zusätzliche neurologische Probleme oder Schluckstörungen auf.

Macht man sich die Bedeutung von Sprache im alltäglichen Leben bewusst, wird schnell klar, mit welchen Schwierigkeiten Sprachbehinderte konfrontiert sind – so kann ein „Guten Morgen!" bereits ein unüberwindliches Hindernis bedeuten. Infolgedessen kommt es bei vielen Betroffenen auch zu psycho-sozialen Problemen oder Depressionen. Umso wichtiger ist es, miteinander im Gespräch zu bleiben und die Freude am „Verstehen und Verstandenwerden" zu erleben.

Gelungene Kommunikation

Grundsätzlich besteht die gelungene Kommunikation darin, eine gemeinsame Gesprächsebene zu finden. Das heißt, die Pflegekraft – als der wesentlich kompetentere Gesprächspartner – muss sich den Möglichkeiten und Grenzen des Sprachbehinderten anpassen und dabei auf der Beziehungsebene Gleichwertigkeit und Respekt herstellen. Essenziell sind hierbei die klientenzentrierten Grundhaltungen Echtheit, Wertschätzung und Empathie.

Darüber hinaus sollten grundlegende Aspekte für das Gelingen des Gesprächs berücksichtigt werden. Hierzu gehört das Schaffen von optimalen **Gesprächsvoraussetzungen,** wie das bewusste Gestalten der Gesprächssituation und der Gesprächsatmosphäre. Unterstützend kann auch das Einbeziehen möglicher Hilfsmittel (unter anderem Kommunikationsbücher) wirken.

Bei Verständnisschwierigkeiten ist es zudem sinnvoll, verschiedene Aspekte des **Sprachangebots** zu überdenken. Es sollte auf eine klar verständliche Sprache mit einfacher, aber korrekter Satzstruktur ebenso geachtet werden wie auf Pausen und situationsbezogenes und handlungsbegleitendes Sprechen.

Die Wahl der Hilfestellungen und der entsprechenden Kommunikationsstrategien hängt von den sprachlichen Schwierigkeiten und kommunikativen Bedürfnissen des Gegenübers sowie den Erfordernissen der jeweiligen Situation ab.

Kommunikationstraining für den Umgang mit Sprachbehinderten

Da häufig Unsicherheiten im Umgang mit sprachbehinderten Menschen auftreten, ist ein entsprechendes Kommunikationstraining notwendig. Dies beinhaltet:

- optimale Gesprächsvoraussetzungen
- nonverbale Kommunikation
- aktives Zuhören
- Kongruenz im eigenen Ausdruck
- angepasstes Sprachangebot
- innere Haltung und Perspektivenwechsel
- Reflexion der Gesprächssituation

Fazit

Insgesamt ist diese Art des kommunikativen Miteinanders für alle Beteiligten stressfreier und bereichernd. Dadurch können Missverständnisse oder Konflikte im Pflegealltag reduziert werden; das Beachten dieser Kommunikationsstrategien trägt somit zum Wohlbefinden der Betroffenen und Kompetenzempfinden der Pflegekräfte bei.

Literatur

Büttner C, Quindel R: Gesprächsführung und Beratung. Sicherheit und Kompetenz im Therapiegespräch. Reihe Praxiswissen Logopädie. Springer, 2005

Sachweh S: Noch ein Löffelchen! Effektive Kommunikation in der Altenpflege. Hans Huber, 2005

Tesak J: Ratgeber Aphasie. Sprachstörung nach Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma. Schulz-Kirchner, 2007

Ergonomie in der Altenpflege: Mehr Wohlbefinden für Mitarbeiter und Bewohner WS B11

Norbert Wortmann,
BGW, Hamburg
Michael Ramm,
Forum fBB, Hamburg

Eine stationäre Altenpflegeeinrichtung mit rund 30 Mitarbeitern in der Pflege und Betreuung hat zur Verringerung von körperlichen Belastungen bei den Pflegekräften Maßnahmen zur Verhältnis- und zur Verhaltensergonomie erprobt und deren Wirksamkeit überprüft. Ausgehend von einer Mitarbeiterbefragung wurden zunächst ein eintägiges Seminar für die Führungskräfte sowie Seminare (insgesamt acht Tage) für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur rückengerechten Arbeitsweise nach dem Ergonomico-Konzept (Forum fBB) durchgeführt. Im Anschluss daran wurde den Mitarbeitern die Gelegenheit gegeben, diese neuen Erfahrungen und Kenntnisse im Pflegealltag durch eine Praxisbegleitung zu festigen. Insgesamt gab es 22 eintägige Praxisbegleitungen, die sich auf einen Zeitraum von etwa eineinhalb Jahren verteilten. Nach einem Jahr fanden für alle Mitarbeiter eintägige Refresher-Seminare statt. In die Maßnahmen waren sowohl die Pflegekräfte als auch die Präsenzkräfte einbezogen. Parallel dazu wurden Hilfsmittel erprobt und bei entsprechender Eignung beschafft sowie die baulichen und räumlichen Aspekte analysiert und – soweit möglich – optimiert.

Die Befragungen der Pflegekräfte zeigten unter anderem die folgenden Ergebnisse:

- Alle Pflegekräfte haben ihr generelles Bewegungsverhalten am Arbeitsplatz verändert.

- Zusätzlich haben zahlreiche Pflegekräfte ihr Bewegungsverhalten bei konkreten Tätigkeiten verändert (zum Beispiel 93 Prozent beim Transfer vom Sitzen in den Stand, 85 Prozent beim Führen von Bewohnern, 67 Prozent beim Aufrichten vom Liegen zum Sitzen).

- In den Befragungen nach Abschluss der jeweiligen Seminare äußerten 72 Prozent der Pflegekräfte, dass Hilfsmittel nicht in der erforderlichen Anzahl zur Verfügung stünden. In der Befragung nach Abschluss des Programms wurde dieses Problem nur noch von einer Pflegekraft angeführt. Die Einrichtung hatte im Rahmen des Programms in enger Abstimmung mit den Pflegekräften Hilfsmittel erprobt und beschafft. Dies ergab einen deutlichen Motivationsschub für die Pflegekräfte.

- Die Praxisbegleitung über einen Zeitraum von rund eineinhalb Jahren wurde von den Pflegekräften als deutliche Unterstützung bei der Veränderung des eigenen Verhaltens geschildert (79 Prozent: Ja, 17 Prozent: eher Ja).

- Erkannt wurde von den Pflegekräften, dass die Kinästhetik in der Pflege allein nicht ausreicht, um Rückenbeschwerden entgegenzuwirken. Zu Beginn des Programms war sehr häufig der Wunsch nach Kinästhetik-Seminaren geäußert worden; die Befragung zum Ende des Programms

ergab, dass nur noch 23 Prozent der Mitarbeiter sich einen Kinästhetik-Kurs wünschten. Gleichwohl wurde deutlich, dass die Kinästhetik im Zusammenspiel mit anderen Inhalten – wie zum Beispiel Bobath-Konzept, Biomechanik, Nutzung von Hilfsmitteln und Berücksichtigung der baulich-technischen Aspekte – einen Anteil zur Prävention von Rückenbeschwerden leisten kann. Diese Verknüpfung findet sich auch in der von der BGW empfohlenen Vorgehensweise zur Prävention von Rückenbeschwerden wieder.

Die BGW ist die Berufsgenossenschaft für alle privaten, kirchlichen und karitativen Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Sie führt unter anderem Führungskräfteseminare zum Thema dieses Beitrags durch und berät Einrichtungen bei der Planung und Umsetzung von entsprechenden Programmen und Maßnahmen.

Das Forum fBB ist ein Unternehmen, dessen Hauptaktivitäten Training und Beratung in den Bereichen Gesundheitsmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Organisationsentwicklung und Personalentwicklung sind. Das Angebot des Forum fBB beinhaltet unter anderem Maßnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung im Sinne der von der BGW empfohlenen Vorgehensweise zur Prävention von Rückenbeschwerden.

Informationen aus erster Hand: Befragungen als Erfolgsfaktor in der Altenpflege WS B12

Moritz Wagner,
Projektbeauftragter
Altenpflege,
Forschungsgruppe Metrik,
Bermuthshain

Die gestiegene Konkurrenz und der damit verbundene „Kampf" um jeden Kunden zwingen die Einrichtungen in der Altenpflege, sich bezüglich der Servicequalität und der Außen- wie Innenkommunikation immer wieder selbst zu hinterfragen. Eine der besten Möglichkeiten, eventuell vorhandene Schwachstellen zu finden, ist die Befragung von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern. Maßgeblich für die spätere Umsetzbarkeit der Ergebnisse ist sowohl die valide Erfassung der Daten als auch eine sinnvolle Auswahl der vielen möglichen Kategorien. Die Forschungsgruppe Metrik hat hierzu verschiedene Instrumente entwickelt, die den Einrichtungen einen zielgerichteten und erfolgreichen Umgang mit Befragungen ermöglichen.

Einführung

Grundlage für jede erfolgreich agierende Einrichtung ist eine gute Auslastung ihrer vorhandenen Plätze. Dies gelingt in einer Situation zunehmender Konkurrenz zwischen privaten, freigemeinnützigen und öffentlichen Trägern allerdings nicht mehr automatisch. Die Ansprüche von Bewohnern und Angehörigen steigen nicht nur, sondern verändern sich zum Teil auch qualitativ. So sind neben der fachlichen Kompetenz zunehmend der Service und das Kommunikationsverhalten ein entscheidendes Kriterium für die Auswahl einer bestimmten Einrichtung. Hierbei ist weniger die objektive Qualität dieser Punkte entscheidend als vielmehr die subjektive Wahrnehmung der angesprochenen Personengruppen – frei nach dem Motto: „Ein guter Service, den niemand kennt, ist ein schlechter Service." Für die Einrichtungen ist es deswegen essenziell zu wissen, wie die von ihnen gebotenen Leistungen bei ihren Kunden ankommen und welche Leistungen darüber hinaus gewünscht sind. Kunden sind in diesem Zusammenhang neben den Bewohnern auch die Angehörigen, die zum Teil zahlen und zugleich nach außen wichtige Multiplikatoren für das Haus darstellen.

Als Bereich, dessen „Produktqualität" maßgeblich von der Leistung der einzelnen Mitarbeiter abhängig ist, darf auch die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Indikator für nötige Veränderungen nicht unterschätzt werden. Werden zum Beispiel strategische Entscheidungen von den Mitarbeitern nicht verstanden, können diese auch schlecht an die Kunden weitergegeben werden.

Befragungsmöglichkeiten

Eine Einrichtung, welche die Bewohner-, Angehörigen- oder Mitarbeiterzufriedenheit erfassen will, muss sich zunächst die Frage stellen, wie sie diese erfassen will. Traditionell gibt es drei Methoden, um Personen zu befragen: die telefonische Befragung, das persönliche Interview oder eine Befragung mittels Fragebogen. Meist scheidet schon aus Kostengründen das persönliche oder telefonische Interview, in allen Befragungsbestandteilen durchgeführt, aus. Zusätzlich sprechen die gute Objektivierbarkeit und damit der mögliche Vergleich mit anderen Ergebnissen für eine Befragung mittels Fragebogen.

Besonderheiten in der Altenpflege
Eine besondere Herausforderung bei Befragungen in der Altenpflege stellt die Befragung der Bewohner dar. Diese sind häufig kognitiv nicht mehr voll leistungsfähig; die selbstständige Beantwortung eines Fragebogens bereitet vielen erhebliche Probleme. Ein geringer Rücklauf ist die Folge. Alternativ kann es zu einer erheblichen Beeinflussung des Ergebnisses durch eventuelle Hilfe von Pflegekräften oder Angehörigen kommen.

Als Ausweg empfiehlt sich eine interviewgestützte Erfassung des Fragebogens durch geschulte externe Interviewer. Hierbei ist aus ökonomischer und qualitativer Sicht auf eine kurze Interviewzeit von maximal 20 Minuten zu achten. Es kommen keine klassischen Interviewverfahren zum Einsatz, es wird ausschließlich der Fragebogen mündlich abgefragt.

Der Fragebogen
- Die Fragebögen für die Bewohner und die Angehörigen umfassen ohne Deckblatt jeweils vier Seiten. Sie wurden mit Blick auf spätere Umsetzungsmöglichkeiten stark optimiert. Dies erhöht die Antwortmotivation und damit zugleich den Rücklauf aus den beiden Gruppen.
- Identische Themengebiete erlauben den Vergleich zwischen den unterschiedlichen Perspektiven/Fragebögen.
- Der Fragebogen für die Mitarbeiter ist mit sechs Seiten umfassender und ermöglicht es, gemeinsam mit den Mitarbeitern eine detaillierte Veränderungsstrategie zu erarbeiten.

Ergebnisse
Für den erfolgreichen Umgang mit den Ergebnissen der Befragung ist jedoch nicht nur die gute Erfassung der Daten ausschlaggebend, sondern auch der gewählte Bezugspunkt. Viele Befragungen scheitern daran, dass im Prinzip alle gesagt haben: „Alles ist o.k." Wichtig ist es deswegen, die eigenen Werte mit denen anderer Einrichtungen zu vergleichen und somit zu einer sicheren Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit zu gelangen.

Neben dem externen Vergleich wird der Darstellung der Ergebnisse häufig nur ein nachrangiges Interesse gewidmet. Doch zeigt die Erfahrung, dass die Art der Darstellung den späteren Umgang mit den Ergebnissen massiv beeinflusst. Alle Ergebnisse werden deshalb grafisch aufbereitet und thematisch zusammengefasst.

Umsetzung
Ähnlich wie bei der zu messenden Ergebnisqualität „Zufriedenheit" ist der spätere Umgang mit einer Befragung letztlich entscheidend für ihren Erfolg. Hier bietet sich die Integration in bestehende Qualitätsmanagementsysteme an. Maßnahmen können durch eine Abweichungsanalyse zwischen Soll- und Ist-Wert definiert und Veränderungen bei einer erneuten Befragung überprüft werden. Die Befragung von Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeitern ist somit ein wertvolles Instrument des Qualitätsmanagements.

Von Siegern lernen: Treffen Sie die Gewinner des BGW-Gesundheitspreises 2007

WS B13

Simone Friedrich,
BGW, Hamburg
Jana Kage,
BGW, Hamburg
Sandra Dohm,
BGW, Hamburg

Gesunde Unternehmen haben die Nase vorn. Gesund ist ein Unternehmen aber nur dann, wenn auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund sind. Betriebe, die sich im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung über die Mindestanforderungen hinaus engagieren, zeichnet die BGW mit dem BGW-Gesundheitspreis aus.

Der BGW-Gesundheitspreis 2007 steht diesmal ganz im Zeichen der BGW-Initiative „Aufbruch Pflege" und wird auf dem bgwforum 2007 im Rahmen des Eröffnungsplenums an sechs Einrichtungen vergeben: Jeweils drei ambulante sozialpflegerische Dienste und drei Einrichtungen der stationären Altenpflege werden für ihren hervorragenden Einsatz für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter ausgezeichnet. Betriebliches Gesundheitsmanagement bezeichnet eine Vielzahl von gesundheitsfördernden Maßnahmen und Projekten, eingebettet in ein Gesamtkonzept und in entsprechende Strukturen. Gemeinsam mit den Gewinnern des diesjährigen Gesundheitspreises werden diese Maßnahmen vorgestellt und näher beleuchtet. Dabei geht es unter anderem auch darum, Meilen-, aber auch Stolpersteine in den Projekten zu benennen: Was war hilfreich? Was war hinderlich? Welchen Nutzen und welche Ziele hatten die Maßnahmen und wie war die Herangehensweise?

Der Erfahrungsaustausch steht in diesem Workshop im Zentrum: Wer will ein ähnliches Projekt durchführen und welche Erfahrungen haben die Teilnehmer mit bisher geplanten Maßnahmen gemacht? Der Workshop beleuchtet an dieser Stelle auch die Kriterien der BGW und macht die Gründe transparent, die zur Auswahl der Preisträger geführt haben. Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter und damit die Integration von Gesundheit als Wert in die Führungspolitik eines Betriebs. Oft ist es gar nicht die Vielzahl der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, die eine Einrichtung auszeichnet. Vielmehr muss die Gesamtphilosophie des Hauses stimmen. Im Vordergrund stehen die strukturelle Ausrichtung und die gesundheitsförderliche Organisation der Arbeit, die durch die Förderung eines gesunden Mitarbeiterverhaltens ergänzt wird. Das setzt eine mitarbeiterorientierte Grundhaltung und einen partizipatorischen Führungsstil voraus und geht mit Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung einher. Die Einführung der Fünftagewoche in einer der Gewinnereinrichtungen stellt ein anschauliches Beispiel für einen Organisationsentwicklungsprozess im Betrieb dar.

Manchmal sind es auch kleine Einzelmaßnahmen, die die Motivation der Mitarbeiter im Betrieb effektiv steigern und somit die Gesundheit nachhaltig verbessern. Hierzu zählen Maßnahmen wie die Bezuschussung des regelmäßigen Besuchs eines Sportcenters, die kostenfreie Ausgabe von alkoholfreien Getränken an alle Mitarbeiter wie auch das kostenfreie Pilatestraining.

Dass Einrichtungen gar nicht groß sein müssen, um gesundheitsfördernde Strukturen zu schaffen und etwas zu bewegen, beweist eindrucksvoll eine Gewinnereinrichtung der ambulanten Dienste. Dieses junge Pflegeteam besteht gerade mal aus vier Mitarbeiterinnen, befindet sich zurzeit noch in der Startphase und arbeitet bereits mit einer selbst entwickelten Pflege-, Arbeitseinsatz- und Routenplanung und einem sehr effizienten Dokumentationssystem. Neben den Einsätzen trainiert man im diensteigenen Fitnessraum.

Die Vorteile des Ansatzes, Gesundheitsförderung nicht nur auf Mitarbeiter, sondern auch auf pflegende Angehörige auszurichten, veranschaulicht eine weitere Gewinnereinrichtung mit ihrer Dienstphilosophie.

Schließlich gibt es viel Neues zu lernen: Was ist ein „Regenerationsmanager" und was verbirgt sich hinter dem Konzept „Pflege der Profis"? Auf diese und viele andere Fragen rund um das Thema „models of good practice" finden die Teilnehmer des Workshops ebenso eine Antwort wie auf die Frage, mit welchen Beratungsangeboten die BGW sie unterstützt, gesundheitsfördernde Strukturen in ihrem Unternehmen zu entwickeln.

Gefahren im Griff: Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen WS B14 und WS F3

Jörg Damm,
Geschäftsführer zas safety consult GmbH, Düsseldorf
Dagmar Fischer-Böhm,
BGW, Köln

Nach dem Arbeitsschutzgesetz müssen alle Arbeitgeber Gefährdungen am Arbeitsplatz ermitteln, beurteilen und dokumentieren. Die Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen ist dabei eine komplexe Angelegenheit, erst recht unter Berücksichtigung der durch die Betriebssicherheitsverordnung notwendigen Erweiterungen. Nur durch eine individuelle Beurteilung der Gefährdungen kann den Gegebenheiten in den Einrichtungen Rechnung getragen werden. Der individuelle Weg hat seine Vorteile: Durch die systematische Analyse der Gefährdungen und die Beteiligung der Mitarbeiter wird die Arbeitssicherheit optimiert. Gleichzeitig werden Rechtsvorschriften eingehalten, ein Sicherheitsgewinn wird erzielt. Häufig kann die Effizienz der Arbeitsweisen gesteigert werden und lassen sich Kosteneinsparungen sowie eine gesteigerte Mitarbeitermotivation erreichen. Somit ist die Arbeitssicherheit sinnvoll und pragmatisch in die Arbeitsaufbau- und Arbeitsablauforganisation eingebettet und ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung geleistet.

Rechtliche und fachliche Grundlagen

Nach dem Arbeitsschutzgesetz wird seit 1996 die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung für Unternehmen vorgeschrieben; seit 2002 werden durch die Betriebssicherheitsverordnung Erweiterungen gefordert: Der Unternehmer hat die notwendigen Maßnahmen für die sichere Bereitstellung und Benutzung der Arbeitsmittel zu ermitteln. Dabei hat er Gefährdungen zu berücksichtigen, die mit der Benutzung des Arbeitsmittels selbst verbunden sind und die am Arbeitsplatz durch Wechselwirkungen der Arbeitsmittel untereinander oder der Arbeitsumgebung hervorgerufen werden.

Diese Erweiterungen decken sich nun auch besonders mit dem fachlichen Ansatz der Arbeitssicherheit: Demnach entstehen Gefährdungen dort, wo der Mensch in seiner Arbeitsumwelt durch Arbeitstätigkeiten mit einem Arbeitsmittel interagiert (**M**ensch-**A**rbeitsmittel-**U**mwelt-**S**ystem: **MAUS**). Aus diesen Schnittstellen können Gefährdungen hervorgehen, die Arbeitsunfälle und Erkrankungen der Mitarbeiter zur Folge haben können. Werden innerhalb des Arbeitssystems nun systematisch die Gefährdungen identifiziert, so können Maßnahmen zur Gefährdungseliminierung beziehungsweise Gefährdungsreduzierung abgeleitet und umgesetzt werden.

Die Gefährdungsbeurteilung wird in folgenden Schritten durchgeführt:
- Arbeitstätigkeiten/Arbeitsmittel erfassen
- Gefährdungen erkennen/ermitteln
- Gefährdungen beurteilen
- Maßnahmen ableiten
- Maßnahmen umsetzen
- Wirkungskontrolle

Die Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen

Mittels eines Organigramms wird eine Auflistung der Arbeitsmittel sowie der Arbeitstätigkeiten erstellt. So werden kleinere Betrachtungseinheiten (MAUS) für die Gefährdungsbeurteilung geschaffen. Die Betrachtungseinheiten zur Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen liegen üblicherweise in den Bereichen Pflege/Tagespflege, Hauswirtschaft, Haustechnik, sozialer Dienst und Verwaltung. Die Analyse der Gefährdungen in den Arbeitssystemen muss vor Ort erfolgen, nur so können die tatsächlich vorhandenen Gefährdungen ermittelt werden.

Dabei zeigt sich unter anderem, dass die Bereiche Haustechnik und sozialer Dienst personell gesehen am schwächsten besetzt sind, hier aber viele Gefährdungen durch die Vielzahl unterschiedlicher Tätigkeiten/Arbeitsmittel an unterschiedlichen Arbeitsorten identifiziert werden können. Dies sind beispielsweise: Gartenarbeiten/Rasenmäher, Notfallbergung/Aufzug, Dienstfahrten/Kraftfahrzeug, Malerarbeiten/Gefahrstoffe, Schreinerarbeiten/Lärm, Kochgruppe/mobile Herdplatte, Ausflüge/Straßenverkehr/Rollstühle, Dekorationsarbeiten/Leitern. Auch Gefährdungen an den Schnittstellen zu den Hausbewohnern sollten in die Beurteilung einbezogen werden.

Gefährdungsschwerpunkte

Gefährdungsschwerpunkte innerhalb von Alten- und Pflegeheimen liegen in den Gefährdungsfaktoren Infektionsgefahren, Hautgefährdung (Nassarbeit), Gefährdungen durch elektrischen Strom, Körperhaltung und Anstoßen/von Arbeitsmitteln angefahren werden. Die Gefährdung kann zum Beispiel durch die Anwendung von nicht sicheren Verfahren beim Umgang mit Kanülen sowie durch Arbeiten an Sanitäranlagen entstehen; sie kann auf Verletzungen durch defekte Anschlussleitungen/Steckdosen beziehungsweise die Verwendung von betagten elektrischen Geräten zurückzuführen sein. Weitere Faktoren sind Nassarbeit beim Tragen von Infektionsschutz- oder Reinigungshandschuhen oder auch, dass Mitarbeiter durch Rollatoren/Rollstühle/Servierwagen/ Wärmewagen angefahren werden. Belastungen durch das Heben und Tragen von Lasten wiederum entstehen häufig durch die Nichtbenutzung von Pflegehilfsmitteln (wie Lifter, Umsetzhilfen) und führen individuell zu Beanspruchungen. Gründe für die Nichtbenutzung können zum Beispiel auf Defizite in den Bereichen Arbeitsorganisation, Schulung/Fortbildung und Mitwirkungspflichten zur Arbeitssicherheit der Mitarbeiter zurückzuführen sein.

Arbeitshilfen zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung:

- Organigramme der Einrichtung zur Auflistung der Arbeitsmittel und Arbeitstätigkeiten in den Bereichen
- Auflistung der Gefährdungsfaktoren
- Unterstützung durch Sicherheitsfachkraft/Betriebsarzt bei der Beurteilung
- Dokumentationsformular für Gefährdungen und Maßnahmen
- Arbeitsschutzausschusssitzung (ASA) als Kommunikationswerkzeug
- Gefahrstoffmanagement
- Dokumentationshilfen der BGW und vieles anderes mehr

Nutzen der Gefährdungsbeurteilung:

- Sicherheitsgewinn
- systematischer, prozessorientierter Arbeitsschutz
- Optimierung/Prüfung der Arbeitsabläufe
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation
- Qualitätserhaltung
- Kosteneinsparung
- Ausfallzeiten-, Ausfallkostenreduzierung et cetera

Einbeziehen statt ausgrenzen: Interkulturelle Kompetenz in der Altenhilfe

WS B15

Wolfram Gießler,
Leiter des TransKom Servicebüros, BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, Essen

In Deutschland leben über 15 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Der Anteil der über 60-jährigen Zuwanderer liegt aktuell bei etwa 800.000 Personen und wird bis zum Jahr 2030 auf fast 3 Millionen ansteigen. Insbesondere die erste Generation der Migrantinnen und Migranten („Gastarbeitergeneration") hat unter anderem durch ihre hohen Belastungen im Arbeitsleben vielfältige Gesundheitsrisiken, die im Alter das Auftreten chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit begünstigen. Zwar wird die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger in Zuwandererfamilien überwiegend noch ohne professionelle Hilfe bewältigt. Zukünftige Veränderungen der familiären Strukturen und Werte lassen die Inanspruchnahme professioneller Dienste aber steigen. So werden alte Menschen nicht-deutscher Herkunft zunehmend zur Klientel der Altenpflege.

Generell ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialwesen für Migranten durch sprachliche und soziokulturell bedingte Barrieren häufig eingeschränkt. Anbieter von Gesundheits- und Pflegeleistungen sind oft noch nicht auf die soziokulturelle Vielfalt ihrer Klientel ausgerichtet. Dabei haben gerade Altenpflegeeinrichtungen einen hohen Anteil an Beschäftigten mit Migrationshintergrund. Dieser liegt zum Beispiel in NRW bei fast 30 Prozent [(1)]. Die personelle Vielfalt als Potenzial zu begreifen und für die interkulturelle Orientierung zu nutzen, ist eine Kernaufgabe des Managements in ambulanten und stationären Einrichtungen. Durch die gesetzliche Verpflichtung der Leistungserbringer, ein Qualitätsmanagementsystem einzuführen, bietet es sich an, die interkulturelle Öffnung durch eine entsprechende Personal- und Organisationsentwicklung abzusichern. Hierzu gehört der Erwerb interkultureller Kompetenz ebenso wie die Überprüfung und Veränderung der Arbeitsorganisation im Hinblick auf die Gestaltung einer migrationssensiblen pflegerischen Versorgung.

Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen des mit Mitteln der Europäischen Union geförderten EQUAL-Projekts „TransKom gesund & sozial" Fortbildungen, Beratungen und Projekte zur interkulturellen Kompetenz für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser entwickelt und durchgeführt.

Hierbei wird davon ausgegangen, dass interkulturelle Kompetenz in erster Linie eine sozialkommunikative Kompetenz ist, für die folgende Fähigkeiten benötigt werden:

- sensibel sein für Machtasymmetrien
- Diskriminierungserfahrungen oder historische Konflikterfahrungen in der Kommunikation berücksichtigen
- Stereotype und Vorurteile selbstkritisch wahrnehmen
- Stereotypisierungen auf Patient-/Klientenseite ansprechen
- kulturelle Unterschiede auf der Ebene von Verhaltensmustern, Rollen, Normen, Werten berücksichtigen und ihre Bedeutung kooperativ erschließen

- Fremdheit akzeptieren lernen und die falsche Sicherheit des Verstehens überwinden
- bei differierenden Normen und Werten im Dialog mit Patienten/Klienten situationsadäquate Regeln der Kooperation aushandeln [2]

Der individuelle Erwerb interkultureller Kompetenz reicht aber nicht aus, um die Dienstleistungen und Versorgungsangebote auf die spezifischen Bedürfnisse zum Beispiel pflegebedürftiger Migrantinnen oder Migranten und ihrer Familien auszurichten. Hierfür sind flankierend Maßnahmen der Organisationsentwicklung notwendig, die unterschiedliche Ansatzpunkte haben können. Dazu gehören:

- Integration der interkulturellen Orientierung in Leitbild und Organisationskultur der Einrichtung
- Durchführung einer Markt- und Bedarfsanalyse hinsichtlich der Nutzer mit anderem kulturellen Hintergrund, insbesondere Erfassung von Zugangsbarrieren für Migranten und Flüchtlinge
- Entwicklung migrationssensibler, niedrigschwelliger integrierter Versorgungsangebote
- Erweiterung des Qualitätsmanagements hinsichtlich interkultureller Orientierung, insbesondere im Bereich Ergebnisqualität
- Diversity Management als Leitlinie der Personalführung und Personalwirtschaft
- Supervision, Coaching und kollegiale Beratung zur Förderung interkultureller Kompetenz

Die individuelle Vielfalt pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die nach Deutschland eingewandert sind, in die Versorgung einzubeziehen, gelingt am ehesten in Pflegeeinrichtungen, in denen die Verschiedenheit und Vielfalt des Personals anerkannt, wertgeschätzt und gefördert werden. Dem liegt die Einsicht zugrunde, dass die Unterschiedlichkeit zwischen Menschen die Norm und nicht die Ausnahme ist. Diese Erkenntnis zu fördern und mit Leben zu füllen ist eine Kernaufgabe des Managements in Pflegeeinrichtungen. Die Entwicklung interkultureller Kompetenz in der Altenhilfe benötigt also beides: die individuelle Befähigung des Personals und die Verankerung interkultureller Orientierung in der Unternehmens- und Personalführung.

Literatur

[1] Friebe J: Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, 2006

[2] Auernheimer G: Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität. Leske & Budrich, 2002

Das persönliche Pflegedilemma: Wie Pflegekräfte eine gesunde innere Haltung finden WS C1

Wolfgang Siegel,
Mitglied des Vorstands der BGW, Fachpsychologe für Rechtspsychologie, Dortmund

Wie finden Pflegekräfte eine gesunde innere Haltung? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Sie erfordert, die Entstehung von psychischen Belastungen im Allgemeinen und in der Altenhilfe im Besonderen zu betrachten. Dazu gehören die inneren Einstellungen der Beschäftigten und der Führungskräfte in ihrer Arbeit sowie die äußeren Arbeitsbedingungen und schließlich das Zusammenspiel beider Aspekte. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- Welche innere Haltung hilft unter schwierigen oder gar schlechten Arbeitsbedingungen in einer Einrichtung der Altenhilfe, sich nicht oder nicht mehr zu überfordern und psychisch krank zu werden – aber ohne dabei das Mitgefühl für die Heimbewohner zu verlieren?
- Worauf müssen die Vorgesetzten und die Entscheidungsträger der Einrichtung gerade auch unter finanziellem Druck besonders achten, damit die Mitarbeiter nicht durch die Arbeitsbedingungen und einen schlechten Führungsstil psychisch erkranken?

Die Bedeutung der Kooperation für unser Wohlbefinden

Kooperation ist die Grundlage von Arbeit. Eine gute Kooperation ist die Grundlage für eine erfolgreiche, zufriedenstellende und psychisch gesunde Arbeit. Kooperation ist nicht nur eine technische Angelegenheit, sondern elementarer Baustein unseres Menschseins. Sie hat eine grundlegende Bedeutung für die Psyche des einzelnen Menschen genauso wie für unser Zusammenleben. Die Kooperation wird beeinträchtigt, wenn sich das individuelle Interesse gegen das gemeinschaftliche stellt. Schon immer haben die meisten Menschen ihre persönlichen Interessen für wichtiger als das gemeinsame Anliegen gehalten. Doch wenn zwischen dem persönlichen und dem gemeinsamen Interesse eine grundlegende Übereinstimmung besteht, gibt es auch eine gute Kooperation. Denn wir fühlen uns wohl in einem guten Kontakt, in guten Beziehungen zu anderen Menschen, zur Natur, zu einer Arbeit und so weiter. Eine psychische Störung erfolgt immer zusammen mit einem Verlust von guten Beziehungen.

Die Schere zwischen den persönlichen und den gemeinsamen Interessen scheint gegenwärtig rasant auseinander zu gehen. Dies ist eine, vielleicht sogar die entscheidende Ursache der zunehmenden psychischen Probleme auch im Arbeitsleben.

Spezielle psychische Belastungen in der Altenpflege

Es kommen vermehrt Menschen in die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, die durch Stress bei der Arbeit krank werden. Auffällig ist eine neue Gruppe von Menschen, die psychische Probleme durch ihre Arbeit bekommen haben – und zwar nicht, weil sie den Anforderungen ihres Berufs nicht gewachsen wären. Sie bekommen Probleme, weil sie nicht schlecht arbeiten können, vor allem im sozialen Bereich.

Wer sich für eine Arbeit in der Altenhilfe entscheidet, ist darauf eingestellt, mit dem Leid und der Not alter Menschen in der Regel bis zum Tod konfrontiert zu werden.

Normalerweise geht man davon aus, dass es ein gemeinsames Interesse mit dem Arbeitgeber, den Vorgesetzten und den Kollegen gibt, dass die Arbeit möglichst gut bewältigt werden kann und dass es den Bewohnern möglichst gut geht. Man ist nicht auf Mitarbeiter und Unternehmen eingestellt, die anderweitige Ziele rücksichtslos auf Kosten der guten Versorgung der Bewohner durchsetzen.

Je mehr die Kooperation durch Konkurrenzdenken, übermäßigen Leistungsdruck und Angst vor Arbeitsplatzverlust gestört wird, desto mehr Raum nimmt der Kampf um den eigenen Vorteil ein. Wenn die Zusammenarbeit schließlich nur noch äußerliche Pflichtübung ist, dann zerfällt die gute Kooperation. Die am eigenen Vorteil am meisten interessierten Mitarbeiter und Vorgesetzten scheinen einer solchen Entwicklung vordergründig besser angepasst zu sein: Sie wälzen Verantwortung und Arbeit auf diejenigen ab, denen eine gute Arbeit noch etwas bedeutet. Da sie ihre Energien nicht im Engagement für die zu Betreuenden einsetzen, sondern sie zuerst für das Bemühen um den eigenen Vorteil verwenden, können sie sogar in Einrichtungen, in denen die Führung genauso denkt, beruflich erfolgreicher sein.

Viele Mitarbeiter leiden unter derartigen Zuständen in dreifacher Hinsicht: Sie fühlen sich permanent durch neue Mehrarbeit überfordert. Sie haben trotzdem immer ein schlechtes Gewissen gegenüber den Betreuten und deren Angehörigen. Und nicht zuletzt steigt die Angst vor dem eigenen Altwerden, wenn man das Ausgeliefertsein der alten Menschen unter problematischen Arbeitsbedingungen hautnah erlebt. So wird man leicht psychisch und oder körperlich krank.

Was ist zu tun? – Beispiele aus der Praxis

Anhand konkreter Beispiele aus der psychotherapeutischen Arbeit, auch aus dem Bereich der Altenhilfe, zeigt der Referent in diesem Workshop auf, wie eine solche Entwicklung korrigiert und verhindert werden kann. Wichtige Aspekte für alle Beschäftigten sind dabei:

- kooperationsfeindliche Mechanismen durchschauen, anstatt sich in Selbstzweifeln zu zerfleischen
- Erhalt und Förderung der Kooperation und Kollegialität
- in Konfliktsituationen konsequente Sachlichkeit erhalten, anstatt sich emotional verwickeln zu lassen
- Verantwortlichkeiten klären
- positive mitmenschliche Grundhaltung bewahren
- keine Identifikation mit krankmachenden Strukturen

Für Führungskräfte stellt das Begreifen der außerordentlichen Bedeutung des menschlichen Miteinanders die größte Herausforderung dar. Führungskräfte, Mitarbeiter und Betreute haben etwas Grundlegendes gemeinsam, nämlich das Bedürfnis nach menschlichem Umgang miteinander. Dass dies tatsächlich gelebt werden kann und nebenbei auch wirtschaftlich hoch effizient ist, beweisen zum Beispiel die Einrichtungen, die sich erfolgreich an dem von der BGW geförderten Wettbewerb „Deutschlands beste Arbeitgeber im Gesundheitswesen" beteiligt haben.

Die Biostoffverordnung einfach und effizient umsetzen

WS C2

Dr. Anne-Maren Marxen,
Mitglied des Vorstands der BGW, Tierärztin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Kiel

Obwohl die Biostoffverordnung (BioStoffV) bereits seit dem 1.4.1999 in Kraft ist, tut man sich mit der Umsetzung gerade in Klein- und Mittelbetrieben immer noch schwer. Dies beginnt schon mit den Begrifflichkeiten. Daher werden im Workshop auf dem bgwforum 2007 vorab die zum Verständnis notwendigen Schlüsselbegriffe genauer betrachtet und dann definiert.

Im Rahmen der Arbeitsschutzgesetze wird schnell klar, dass die Umsetzung der BioStoffV nichts anderes ist als eine Gefährdungsbeurteilung im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes. Allerdings werden vom Gesetzgeber konkrete Anforderungen an die Durchführung gestellt. Diese werden in der TRBA 400 weiter ausgeführt. Die Anweisungen erscheinen, gerade weil die Pflegenden – im Interesse des Patientenschutzes und um den Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes zu genügen – viel für den Infektionsschutz tun, eher kompliziert, langatmig und bürokratisch.

Ziel des Workshops ist:

- die Startblockade zu überwinden, Unsicherheiten in der Umsetzung zu beseitigen und
- eine praktikable Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen.

Mit einem einseitigen Vordruck lässt sich die gesamte Dokumentation erstellen. Das Arbeiten mit diesem Vordruck wird vorgestellt. Hilfen bei der Ausführung für das Arbeitsgebiet Pflege finden sich insbesondere in der BGR/TRBA 250. Hier werden typische Tätigkeiten beispielhaft Schutzstufen zugeordnet und erforderliche Maßnahmen in den einzelnen Schutzstufen beschrieben. Betrachtet man die Infektionswege, lassen sich die nötigen Maßnahmen oft zusammenfassen. Weiß man, womit man rechnen muss (mögliche Erreger), und kennt man das Vorgehen (Tätigkeit), fällt es nicht mehr schwer, die erforderlichen Maßnahmen festzulegen.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die Sinnhaftigkeit und Angemessenheit von Anforderungen beziehungsweise Maßnahmen zu legen, um bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern glaubwürdig zu bleiben. Überzogene Reglementierungen führen oft zu einer gesamten Ablehnung der Maßnahmen, einschließlich der geeigneten. Aber es kann auch zu einer Verunsicherung der Mitarbeiter kommen.

Dies bestätigen praktische Erfahrungen im Rahmen von Begehungen in Pflegebetrieben – ambulant wie stationär. Viele Pflegekräfte sind verunsichert im Hinblick auf die Gefährdung für ihre eigene Gesundheit und die ihrer Familien. Dies war erst unerwartet, beim näheren Hinsehen jedoch verständlich. Oft entsteht zudem der Eindruck, dass auch die Leitungen der Pflegeeinrichtungen die Problematik nicht ernst nehmen beziehungsweise in Unkenntnis der tatsächlichen Sachlage sind.

Man denke auch an die vielen nicht examinierten Pflege- oder Hilfskräfte und an die vielen Wiedereinsteiger nach längerer Berufsunterbrechung. Treten dann noch im Einzelbetrieb plötzlich übertragbare Erkrankungen wie Noro-Virus-Infektionen, Krätze, MRSA auf, mit denen den Pflegenden die Erfahrung fehlt, oder wird bekannt, dass ein Bewohner zum Beispiel HBV-, HCV- oder HIV-positiv ist, steigt die Unsicherheit.

Schnell wird damit klar, wie wichtig die Unterweisung der Mitarbeiter ist: Nach der Beurteilung und der Festlegung der Maßnahmen kommt der Unterweisung die wichtigste Rolle zu. Die Grundvoraussetzung aber ist die Gefährdungsbeurteilung. Nicht nur die BioStoffV verlangt eine Unterweisung und deren Dokumentation, sondern diese Anforderung findet sich in quasi allen gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Vorschriften. Daher wird im Rahmen des Workshops ein einseitiges Formular vorgestellt, zu dessen Anhang in diesem Bereich eine Betriebsanweisung gehört. Dies kann zur Verringerung und zur Erleichterung des Dokumentationsaufwands beitragen.

Unkenntnis und die Nichteinhaltung sinnvoller Maßnahmen im Infektionsschutz haben nicht nur Nachteile für den Mitarbeiter, sondern können auch Folgen für die Bewohner beziehungsweise betreuten Personen haben. Beides kann nicht im Interesse des Arbeitgebers liegen.

Eine gute Gefährdungsanalyse dient jedem:
- dem Arbeitgeber
- dem Mitarbeiter
- dem Patienten/Bewohner

Den Arbeitsalltag in der Gerontopsychiatrie entlasten

WS C3

Christiane Mäkler,
Forum fBB, Hamburg
Heike Dehmer,
Forum fBB, Hamburg

Die heutige Gesellschaft ist durch einen hohen und wachsenden Anteil alter Menschen geprägt. Zwei wesentliche Faktoren forcieren diese Entwicklung: die abnehmenden Kinderzahlen und die verringerte Mortalität im höheren Lebensalter. Diese demografische Entwicklung mit einer erheblichen Zunahme der Zahl alter und sehr alter Menschen hat zusammen mit der Differenzierung der Methoden, Möglichkeiten und des Wissens über psychische Erkrankungen zur Herausbildung eines alterspsychiatrischen Schwerpunkts in der Psychiatrie geführt. Aufgrund dessen nimmt die Bedeutung dieses Fachgebiets zu und neue Therapieansätze entstehen. Ebenso stellen ethische Probleme in Zusammenhang mit der Versorgung demenzkranker alter Menschen Politik und Gesellschaft vor neue Herausforderungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie (DGGPP) definiert die Gerontopsychiatrie als einen eigenständigen Teilbereich der Psychiatrie. Auf der Basis der Forschungsergebnisse aus Gerontologie und Geriatrie entwickelt sie ihre eigenen präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Strategien. Hier nehmen Demenzerkrankungen, Depressionen und akute Verwirrtheitszustände unterschiedlicher Genese einen besonderen Stellenwert ein.

Die steigende Zahl psychischer Erkrankungen im Alter stellt eine zunehmend große Herausforderung an die Pflegekräfte dar. So liegt bei über zwei Dritteln der in stationären Altenhilfeeinrichtungen lebenden Menschen eine gerontopsychiatrische Erkrankung vor. Ziel in der Betreuung ist es, körperliche und geistige Fähigkeiten weitgehend zu erhalten und ein sicheres und förderndes Lebensumfeld zu gestalten. Das erfordert von Pflegenden ein hohes Maß an Kompetenz und Belastbarkeit. Zum einen sind sie starken emotional belastenden Situationen ausgesetzt und zum anderen kommen hohe körperliche Belastungen hinzu, da die zu Pflegenden mit fortschreitender Erkrankung sehr viel Unterstützung in allen ihren alltäglichen Aktivitäten benötigen. So sind sie häufig in ihren Bewegungsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Sie können nicht mehr laufen, sich nicht mehr im Bett allein drehen oder sich nicht mehr ohne Hilfe in ihren Rollstuhl setzen und so weiter.

Für Pflegende bedeutet dies eine hohe körperliche Belastung, und Rückenbeschwerden sind längst kein zu vernachlässigendes Problem mehr. Die sozialen und ökonomischen Folgen sind kaum zu beziffern und reichen von immer wiederkehrenden Arbeitsunfähigkeiten und körperlichen Langzeitschäden bis zum Verlust an qualifizierten Arbeitskräften. Um hier wirksam zu intervenieren, sind Angebote notwendig, die den Pflegekräften Möglichkeiten aufzeigen, wie sie mit den psychischen und körperlichen Belastungen umgehen beziehungsweise wie sie diese verringern können.

Menschen bewegen, nicht tragen und heben

In diesem Workshop auf dem bgwforum 2007 werden die körperlichen Belastungen in den Mittelpunkt gestellt. Wie kann die Belastung für Pflegende reduziert werden? So stellt sich die Frage, wo genau die Schwierigkeiten für Pflegende sind, wenn sie gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in ihrer Bewegung unterstützen müssen. Pflegende berichten: „Unsere Bewohner machen sich steif", „sie verstehen nicht, was man ihnen sagt, und helfen nicht mit", „Sie krallen sich immer an mir ganz fest, wenn ich sie bewegen will" …

Demenziell erkrankte Menschen verstehen verbale Anleitungen oft nicht und sind so scheinbar häufig nicht in der Lage, Bewegungen oder Transfers nach Aufforderung selbst zu tun oder mitzugestalten; sie machen sich eher steif. Pflegende müssen also einen Weg finden, wie sie die Bewegungen/Transfers gemeinsam mit dem Betroffenen gestalten können – einen Weg, den diese Menschen verstehen und der es ihnen ermöglicht, die eigenen Ressourcen einzusetzen.

Das Wissen und die Erfahrungen aus der Kinästhetik sind hier von unschätzbarem Wert. Pflegekräfte lernen vorhandene Bewegungsressourcen der Bewohner zu erkennen und diese gemeinsam mit dem Bewohner für die Bewegung zu nutzen. Ein demenziell erkrankter Bewohner kann zum Beispiel nicht über Sprache, sondern über gezielte Berührung eine Anleitung beziehungsweise einen Impuls für eine bestimmte Bewegung bekommen, den er versteht und der es ihm ermöglicht, die Bewegung nachzuvollziehen oder mitzugestalten. Das heißt, der Bewohner kann seine noch vorhandenen Fähigkeiten nutzen und die Pflegekraft kann ihre eigenen Kräfte gezielter einsetzen und sich damit entlasten. Voraussetzung dafür ist, dass Pflegende um die physiologischen Bewegungsmöglichkeiten wissen, das entsprechende Know-how erlernen und die Möglichkeit bekommen, dies in ihren Pflegealltag zu integrieren.

Auch müssen immer wieder die Fähigkeiten und Grenzen von Bewohnern und Pflegekräften reflektiert werden. Häufig kann der Einsatz von technischen und kleinen Hilfsmitteln für Transfers eine gute, ergänzende Möglichkeit darstellen. Eine konsequente Anwendung und ein sicherer Umgang mit ihnen sind jedoch nur zu erwarten, wenn dies in Schulungen erlernt wurde. Hinzu kommt, dass ein entsprechend fundiertes Wissen über anatomische/physiologische und ergonomische Grundlagen für ein entlastendes, rückengerechtes Arbeiten unerlässlich ist.

So gilt es zu überlegen, durch welche Angebote für Pflegende eine nachhaltige Reduzierung der Belastung erreicht werden kann. Eine Kombination aus Grundlagenschulungen mit integrierten Übungsphasen und Praxisbegleitungen leitet eine Verhaltensänderung der Pflegekräfte ein. Daran anschließende regelmäßige Reflexionen, Auffrischungen und Nachqualifizierungen ermöglichen ein Stabilisieren dieser Verhaltensänderung und versprechen ein gesundheitsförderndes Klima in der Einrichtung — sowohl für Pflegende als auch für zu Pflegende.

Mehr Handlungssicherheit bei haftungsrechtlichen Tatbeständen

WS C5

Stephan Wittkuhn,
Rechtsanwalt für Sozial-, Arbeits-, Betreuungs- und Heimrecht, DGB Rechtsschutz GmbH, Hamburg

Vor allem in Einrichtungen mit mehreren Hierarchieebenen stellt sich im Haftungsfall häufig die Frage, wie sich für die beteiligten Personen entlastende Umstände darlegen und beweisen lassen. Was muss die Geschäftsführung beziehungsweise Einrichtungsleitung bei Dienstanweisungen an das mittlere Management beachten? Wie kann die Pflegedienstleitung durch klare Anweisungen an das Pflegepersonal und Aufzeichnungen mehr Handlungssicherheit herstellen? Wann reichen Hinweise aus, dass bestimmte Aufgaben delegiert wurden?

Grundlegendes

In Zeiten, in denen finanzielle Spielräume nicht größer werden, die Menge der Arbeit jedoch auch nicht geringer wird, ist es unabdingbar, bereits präventiv klare Strukturen einzuführen, die im Haftungsfall geeignet sind, gerichtsfest darzustellen, dass eine qualitativ hochwertige und ordnungsgemäße pflegerische Versorgung erbracht wurde. Nur mit grundlegenden Kenntnissen der Darlegungs- und Beweislastverteilung lassen sich Dokumentationen und ähnliche schriftliche Fixierungen von Arbeitsabläufen an die alltäglichen Erfordernisse zielgerichteter Prozessführung anpassen. Die Vermeidung von haftungsrechtlichen Folgen, wie Schadensersatz beziehungsweise Geld- oder Freiheitsstrafen für Verantwortungsträger, kann so bereits im Vorfeld sichergestellt werden.

Zivilrechtliche Haftungstatbestände

Wenn in der Einrichtung bei einer zu pflegenden beziehungsweise zu betreuenden Person durch die pflegerische Versorgung ein Körper- oder Sachschaden entsteht, ist es möglich, dass die Einrichtung der Geltendmachung von Schadensersatz oder Schmerzensgeldansprüchen ausgesetzt wird. Grundsätzlich muss die geschädigte Person alle anspruchsbegründenden Tatsachen darlegen und beweisen. Hierzu gehören die Rechtsgutsverletzung durch Handlung einer in der Einrichtung angestellten Person, der Schaden sowie die haftungsbegründende und haftungsausfüllende Kausalität.

Eine Haftung der Einrichtung kommt insbesondere immer dann in Frage, wenn bei ihr angestelltes Personal als Verrichtungsgehilfe aufgrund eines Arbeitsvertrags Schäden an Rechtsgütern Dritter verursacht. Besonders wichtig kann hier sein, dass es mittels einer ordnungsgemäß geführten Pflegedokumentation nicht zu einer sogenannten Beweislastumkehr kommt. Ferner ist zu beachten, dass der dezentrale Entlastungsbeweis lediglich für Sachschäden und nicht für Körperschaden heranzuziehen ist.

Strafrechtliche Haftungstatbestände

Was kann geschehen, wenn die Staatsanwaltschaft Ermittlungen gegen in der Einrichtung beschäftigtes Personal aufnimmt? Grundsätzlich ist die Situation in der strafrechtlichen Haftung dergestalt normiert, dass die Staatsanwaltschaft gegenüber der tatverdächtigen Person für ein rechtswidriges und schuldhaftes Handeln darlegungs- und beweisbelastet ist.

Hier ist durch klare Dienstanweisungen in Konkretisierung des arbeitsrechtlichen Direktionsrechts sicherzustellen, dass sowohl das mittlere Management (die PDL) als auch die ausführenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dazu verpflichtet werden, geltendes Recht einzuhalten. Dies kann als Annex dem Arbeitsvertrag beigefügt werden oder sollte in anderer Art und Weise gerichtsfest dokumentiert werden. Einer Aufnahme von Ermittlungen wegen des Verdachts der Beihilfe oder Mittäterschaft durch verantwortliches Führungspersonal der Einrichtung kann so begegnet werden.

Haftung bei ärztlich delegierten Tätigkeiten

Es ist alltägliche Praxis, dass auch in arztfernen Einrichtungen ärztliche Tätigkeiten delegiert werden. Die Delegation erfolgt jedoch in den seltensten Fällen direkt an die durchführende Pflegekraft. Eine Delegation wird in der Regel gegenüber der Einrichtung ausgesprochen. Wer trägt in diesen Fällen die Anordnungs-, die Organisations- beziehungsweise die Durchführungsverantwortung? Wie sind Kooperationsvereinbarungen zwischen Einrichtung und Ärzten auszugestalten und welche rechtliche Wirkung haben diese Vereinbarungen in der Prozesspraxis?

Ziel

Eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung kann nur dann sichergestellt werden, wenn die Arbeitsabläufe durchgehend auf deren Rechtmäßigkeit überprüft werden. Dies sollte insbesondere auch unter den allgemeinen Grundsätzen der juristischen Darlegungs- und Beweislastverteilung erfolgen. Eine auch für die angestellten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sichere und zufriedenstellende Arbeitsatmosphäre kann nur dann geschaffen werden, wenn es klare Anweisungen hinsichtlich des Verhaltens in Krisensituationen gibt.

Klar einzuhaltende Regeln und deren ordnungsgemäße Dokumentation erhöhen die Sicherheit und somit auch die Qualität der Arbeitsleistung. In diesem Beitrag zum bgwforum 2007 werden Inhalte vermittelt, die der Überprüfung bestehender Arbeitsabläufe und gegebenenfalls deren Anpassung an geltendes Recht dienen.

Kinästhetik – Patientenaktivität fördern, sich selbst entlasten

WS C6 und WS D6

Maren Asmussen-Clausen,
Trainerin für Kinästhetik,
Tinglev (Dänemark)
Jens Meier,
Trainer für Kinästhetik,
Flensburg

Pflegebedürftige Menschen sollen möglichst lange eigenaktiv und selbstständig bleiben – das ist ein erklärtes Ziel der Altenpflege. Mit Kinästhetik (Kinaesthetics) ist das möglich. Die Pflegekräfte können mit dieser Methode die Patientenaktivität gezielt unterstützen und gleichzeitig ihren Rücken entlasten.

Was ist Kinästhetik beziehungsweise Kinaesthetics?

Der internationale Begriff für dieses erfahrungsbezogene Lernkonzept lautet Kinaesthetics. Zunehmend wird auch in Deutschland diese Begriffsvariante genutzt. Deshalb wird auch in den nachfolgenden Erläuterungen die internationale Schreibweise verwendet.

Die Absicht des Programms Kinaesthetics in der Pflege ist es, den Pflegekräften ein grundlegendes Verständnis der natürlichen menschlichen Bewegung sowie deren Bedeutung für die eigene Körperwahrnehmung zu vermitteln. Mit diesem Verständnis sind Pflegende besser in der Lage, Mobilisationen auf eine leichte Art und Weise und unter Nutzung verschiedener Ressourcen durchzuführen. Dabei kann weitestgehend auf Heben verzichtet werden.

Pflegende lernen, die Eigenaktivität der Patienten in deren Bewegungen zu fördern sowie die Wahrnehmung für den eigenen Körper und die Umgebung zu erhöhen. Damit leistet Kinaesthetics einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Pflege. Die beiden Hauptaspekte sind:

- Pflegende lernen die Unterstützung so zu gestalten, dass sie sich selbst vor berufsbedingten Schäden schützen können. Sie vermeiden das Heben und Tragen von Patienten. Sie nutzen die Eigenaktivität des Patienten und helfen ihm, sein Körpergewicht selbstständig zu übernehmen.
- Patienten beziehungsweise Klienten erfahren Möglichkeiten, ihre verbliebenen Ressourcen zu entdecken. Dadurch erweitern sie ihre Bewegungskompetenzen, was ihnen zu mehr Selbstständigkeit verhilft.

Die Auswirkungen für die Altenpflege

In vielen Altenpflegeeinrichtungen wird bereits so gearbeitet. Damit verbunden ändert sich grundlegend der Umgang mit dem alten Menschen. Es wird nicht mehr in erster Linie krankheitsbezogen gepflegt.

- An die Stelle der Annahme, dass man im Alter immer immobiler wird, tritt das Verständnis, dass ein Mensch sein Leben lang lernen kann – dass Pflegen heißt, Lernumgebung zu gestalten anstatt für den anderen tun.
- Anstatt davon auszugehen, dass man alte Menschen möglichst entlasten und schonen muss, werden die alten Menschen herausgefordert, um so ihre Kompetenzen zu erweitern.
- Anstatt dass man Stürze um jeden Preis vermeiden will und alles unternimmt, dass Menschen mit einer Gangunsicherheit möglichst wenig gehen, lernt man, mit den alten Menschen auf dem Boden zu gehen und wieder aufzustehen.

- Anstatt dass man den Hebekran oder andere Hilfsmittel einsetzt, wenn jemand nicht mehr aus dem Bett kommen kann, lernt man mit dieser Person, wie sie sich selbst fortbewegen kann.

Natürlich ist nicht zu leugnen, dass es Erkrankungen gibt, die unumkehrbar sind. Natürlich ist nicht von der Hand zu weisen, dass viele alte Menschen stürzen oder an Demenz erkranken. Natürlich ist es eine wissenschaftlich nachweisbare Tatsache, dass alte Menschen häufiger an einem Druckgeschwür leiden als junge Menschen. Und trotzdem: Wenn man davon ausgeht, dass Lernen ein lebenslanger Prozess ist und dass Menschen lernen können, solange sie leben, dann verändert sich der Blickwinkel und damit die Herangehensweise.

Die praktischen Erfahrungen

Wie ganz konkret so gearbeitet werden kann, wird in eindrucksvollen Videoaufnahmen aufgezeigt. Die eine oder andere Situation wird ganz praktisch nachgestellt, sodass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops eigene Erfahrungen mit Kinaesthetics sammeln können.

Literatur

Asmussen M: Praxisbuch Kinaesthetics. Erfahrungen zur individuellen Bewegungsunterstützung auf Basis der Kinästhetik. Elsevier/Urban & Fischer, 2006

Asmussen M, Knobel S: Paradigmenwechsel in der Altenpflege: Lernen das Schöne und das Schwere zu leben. In: Lebensqualität – Journal für Kinaesthetics 2007;3

Weiterführende Informationen *im Internet: www.kinaesthetics-net.eu*

Effizienz und Qualität – ein Widerspruch? Eine gesundheitsökonomische Betrachtung

WS C7

Prof. Dr. Manfred Haubrock,
Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement, Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück

Ausgelöst durch die Vorgaben des Gesundheitsreformgesetzes (2000) sowie durch das GKV-Modernisierungsgesetz (2003) werden im Gesundheitssystem der Bundesrepublik zurzeit die Fragen der Wirtschaftlichkeitssteigerung und der Qualitätsverbesserung intensiv diskutiert und ansatzweise zur Lösung gebracht. So haben die Vorgaben der Paragrafen 12, 113, 135 a ff. und 140 ff. SGB V sowie die Regelungen des Paragrafs 17 b KHG die Zielsetzung, eine Effizienzsteigerung und eine gleichzeitige Qualitätsverbesserung zu realisieren. Lösungswege, die im angloamerikanischen Gesundheitswesen vor Jahren eingeschlagen wurden, werden hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf die deutschen Verhältnisse evaluiert.

In diesem Zusammenhang sind auch die Fragen zu sehen, die sich aus der Auseinandersetzung mit der integrierten Versorgung und den pauschalierten Leistungsentgelten ergeben. Hierbei treten unter anderem Überlegungen auf, wie das Management der Gesundheitseinrichtungen die verschiedenen Ziele wie Patientenzufriedenheit, Effizienz- und Qualitätssteigerung gleichrangig realisieren kann. Neue Steuerungsmethoden, die zum Beispiel auf die Managed Care-Philosophie zurückgreifen, zeigen Lösungsansätze auf. Vor diesem Hintergrund sind auch die Überlegungen der Gesundheitseinrichtungen zu sehen, sektorübergreifende Versorgungsketten zu etablieren. Anlass, derartige Ansätze zu verwirklichen, kann zum einen die Erkenntnis sein, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Thema der Prozessoptimierung im Sinne der Kosten- und der Qualitätsbeeinflussung zu sensibilisieren, andererseits aber auch die Hoffnung, mit der Verbesserung der Prozessorganisation die notwendigen Rationalisierungsschritte einzuleiten, um Wettbewerbsvorteile gegenüber den Konkurrenten zu erlangen.

Mit der Einführung eines integrativen Versorgungssystems sollen die traditionellen sektoralen Versorgungsformen abgelöst werden, bei denen zum Beispiel eine Trennung der Behandlung in einer Praxis und in einem Krankenhaus beziehungsweise die Aufspaltung der pflegerischen Betreuung in einer stationären oder in einer ambulanten Einrichtung erfolgt. Der Versicherte wird mithilfe von medizinischen und pflegerischen Experten so durch das Versorgungssystem geleitet, dass der angestrebte Behandlungserfolg erreicht wird. In diesem Zusammenhang kommen auf die Berufsgruppen in den Gesundheitseinrichtungen sowie auf die Einrichtungen Chancen und Risiken zu, die sie offensiv angehen sollten.

Gesundheitseinrichtungen im Spannungsfeld der Strukturveränderungen

Unter der gegenwärtigen Restriktion, dass bei steigenden Ansprüchen an die Qualität der Gesundheitsversorgung nur begrenzt finanzielle Mittel für deren Realisierung zur Verfügung stehen, kann mithilfe von Kosten-Nutzen-Untersuchungen eine Beurteilung erfolgen, ob und welche alternative Gesundheitsmaßnahme aus wirtschaftlicher Sicht realisiert werden sollte. Je weniger Ressourcen in einer Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, desto höhere Bedeutung erlangen Wirtschaftlichkeitsüberlegungen, die von Nutzen-Kosten-Betrachtungen flankiert werden. Mit diesen Betrachtungen soll heraus-

gefunden werden, welche Mittelverwendung effizient ist. Die Effizienz (Wirtschaftlichkeit) ist somit ein Maß dafür, mit welchem Mittelaufwand die gesetzten Ziele (hinsichtlich der Menge und der Güte) erreicht werden. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Weiterhin dürfen sie das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, damit die Versicherten sie in Anspruch nehmen können und die Krankenkassen sie bezahlen müssen.

Eine Mittelverknappung führt tendenziell unter anderem zu der Forderung, die Gelder für eine Maßnahme erst nach genauer Überprüfung ihrer quantitativen und qualitativen Wirkungen zu verwenden. Unter Qualität ist nach der Norm ISO 9004 die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung zu verstehen, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen. In den Paragrafen 135 a ff. SGB V sind Ausführungen über die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitssektor festgehalten. In den Regelungen für die Qualitätssicherung verpflichtet der Gesetzgeber die Leistungsanbieter, sich an Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität zu beteiligen.

Es lässt sich somit festhalten, dass eine Effizienzprüfung von Gesundheitsmaßnahmen ohne eine Festlegung der Merkmale Quantität und Qualität der Leistung nicht möglich ist.

Integration: Lösungsansatz der strukturellen Defizite

Die in der Bundesrepublik gesetzlich in den Paragrafen 140 a ff. SGB V verankerte „integrierte Versorgung“ basiert auf dem in den USA eingeführten Managed Care-Ansatz mit den medizinischen Elementen Case Management, Disease Management und Gatekeeper. Der Begriff Managed Care lässt sich nicht durch eine allgemeingültige und umfassende Definition festlegen. Ein Grund ist darin zu sehen, dass Managed Care in sehr unterschiedlichen Organisations- und Finanzmodellen realisiert wurde. Weiterhin ist zu beachten, dass sich das Managed Care-Konzept seit knapp 20 Jahren in einem ständigen Anpassungs- und Perfektionsprozess befindet. Den Kern bildet dabei die „Verbetrieblichung medizinischer Arbeit“: Die Hauptmerkmale dieser Verbetrieblichung sind eine zunehmende Standardisierung, höhere Arbeitsteilung, Kontrolle und Steuerung durch das Management.

Das Ziel von Managed Care und damit auch der integrierten Versorgung ist es, die Versorgung durch ein Leistungsmanagement sicherzustellen. Hierbei sind besonders Art, Niveau, Häufigkeit und Finanzierung der Behandlungen von Interesse.

Fazit

Durch eine Vernetzung der Abläufe und Verschlankung der Strukturen sowie durch eine Qualitätsoffensive sollen die notwendigen Sanierungsschritte eingeleitet werden, um die aktuellen Probleme der Gesundheitseinrichtungen zu lösen. Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung sind somit kein Widerspruch, sie bilden vielmehr einen Regelkreis der Problemlösung.

Sicherer Umgang mit Desinfektionsmitteln in der Pflege WS C9

Dr. Gabriele Halsen,
BGW, Köln
Wolfgang Wegscheider,
BGW, Köln

Die Gefährdungsbeurteilung ist das zentrale Steuerungsinstrument im Arbeitsschutz. Die konkrete Durchführung ist dabei von der jeweiligen Art der Gefährdung abhängig. Es soll ein Überblick zur Vorgehensweise bei chemischen Gefährdungen zum Beispiel durch Tätigkeiten mit Desinfektionsmitteln gegeben werden, weiterhin sollen Hilfen zur praktischen Umsetzung in der Altenpflege vorgestellt werden.

Einführung

In der Fülle der belastenden Einwirkungen auf Pflegende – wie schweres Heben und Tragen, zeitlicher Stress und psychische Belastungen aufgrund der ständigen Konfrontation mit Krankheit und Tod – werden chemische Belastungen durch Gefahrstoffe nur marginal wahrgenommen.

Dabei umfasst der Umgang mit Gefahrstoffen bei Pflegetätigkeiten viele Standardsituationen, zum Beispiel die Hände- und Hautdesinfektion, den Umgang mit Reinigungsmitteln, mit Flächendesinfektionsmitteln, aber auch mit diversen Arzneimitteln. Die Unternehmensleitung ist verpflichtet, Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen. Das grundsätzliche Vorgehen vermittelt die BGW-Schrift „Gefährdungsbeurteilung in der Pflege" (Bestellnummer: TP-11GB). Für chemische Gefährdungen wird die Vorgehensweise durch die Gefahrstoffverordnung (Paragraf 7 ff. GefStoffV) und die Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) der 400er-Reihe spezifiziert.

Gefährdungsbeurteilung bei Tätigkeiten mit chemischen Stoffen

Ermittlung von Informationen: Für alle eingesetzten chemischen Arbeitsstoffe, auch für nicht kennzeichnungspflichtige Produkte wie Arzneimittel oder Medizinprodukte, müssen Informationen zu den Eigenschaften der Stoffe oder Produkte vorliegen und – sofern es sich nicht um Tätigkeiten mit geringer Gefährdung handelt – in einem Gefahrstoffverzeichnis geführt werden. Dies sind neben Herstellerinformationen auch betriebliche Informationen (Tätigkeit, Arbeitsmittel, Verfahren, Menge, Dauer und Häufigkeit des Einsatzes, Art der Freisetzung). Die Zeiten mit Feuchtarbeit (Tragen von Handschuhen, Händewaschen) sind ebenfalls zu ermitteln.

Beurteilung: Die mit den Tätigkeiten verbundenen inhalativen, dermalen und physikalisch-chemischen (Brand- und Explosionsgefahr) sowie sonstigen gefahrstoffbedingten Gefährdungen müssen beurteilt werden. Bei Tätigkeiten mit geringer Gefährdung ergeben sich an verschiedenen Stellen (Dokumentation, Gefahrstoffverzeichnis, Betriebsanweisung) Erleichterungen in der Umsetzung der Gefahrstoffverordnung. Nach den Erfahrungen der BGW existiert in Pflegeeinrichtungen vor allem eine Gefährdung durch chronische Einwirkung von Gefahrstoffen, dagegen spielen akute Einwirkungen von Chemikalien wie Verätzungen von Haut oder Augen nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Bekannte Probleme in der Altenpflege sind:

- Entstehung von Abnutzungsekzemen: Auslöser sind häufiges Händewaschen, langes Tragen von Handschuhen, unzureichende Hautpflege (Feuchtarbeit).
- Entstehung von Kontaktallergien: Auslöser sind häufig Duftstoffe und Konservierungsmittel.
- Desinfektionsmittel: Verwendung ungeeigneter Handschuhe, Kontaktallergie durch den Inhaltsstoff Formaldehyd (zum Beispiel in Flächendesinfektionsmitteln).
- Arzneimittel: Die Gefährdung, zum Beispiel bei Änderung der Darreichungsform für die Sondenernährung, ist den Beschäftigten nicht immer bewusst. Es besteht ein geringerer Schutzstandard im Vergleich zu Krankenhäusern (Technik, Unterweisung).

Festlegung von Schutzmaßnahmen: Die durch einen Gefahrstoff bedingte Gefährdung muss durch geeignete Maßnahmen – in der Rangfolge: Substitution, technische, organisatorische, persönliche Maßnahmen – auf ein Mindestmaß verringert werden. Die Beschäftigten sind durch tätigkeitsbezogene Betriebsanweisungen und Unterweisungen auf Gefahren und Schutzmaßnahmen bei der Verwendung der Produkte hinzuweisen. Im Rahmen der Unterweisung ist zusätzlich eine allgemeine arbeitsmedizinisch-toxikologische Beratung durchzuführen (unter anderem Hinweis auf Angebotsuntersuchungen bei Feuchtarbeit).

Durchführung und Dokumentation: Es empfiehlt sich, die personellen Zuständigkeiten für die einzelnen Aufgaben nach der Gefahrstoffverordnung im Unternehmen klar zu regeln. Die Unternehmensleitung kann die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung an fachkundige Personen delegieren oder sich beraten lassen. In der Regel erfordert die Erledigung der Aufgaben ein Zusammenwirken von „Arbeits**platz**- und Arbeits**schutz**experten". Die Gefährdungsbeurteilung ist unabhängig von der Anzahl der Beschäftigten zu dokumentieren. Die Gefährdungsbeurteilung vereinfacht sich, wenn auf branchenspezifische Informationen zurückgegriffen werden kann, wie sie zum Beispiel von der BGW zur Verfügung gestellt werden.

Umsetzungshilfen der BGW für die Altenpflege

Umsetzungshilfen zur Gefährdungsbeurteilung sollen praxisnah sein und dem verantwortlichen Arbeitgeber die Sicherheit geben, dass er geeignete Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten ergreift. Dem Arbeitsschutzexperten sollen die Umsetzungshilfen eine Grundlage für seine Beratungsarbeit geben. Wichtig bei der Entwicklung von derartigen Hilfestellungen ist die Kenntnis der realen betrieblichen Arbeitsbedingungen (siehe oben: Ermittlung von Informationen). Die BGW hat daher in einem zweistufigen Pilotprojekt derartige Hilfestellungen für die Gefährdungsbeurteilung (Branchenbausteine) für Gefahrstoffe entwickelt. Der erste Schritt war eine Bestandsaufnahme der Tätigkeiten mit Gefahrstoffen und der bereits vorhandenen Schutzmaßnahmen in Altenpflegeeinrichtungen durch betriebliche Befragungen und Besichtigungen vor Ort.

Auf dieser Grundlage wurde in einem weiteren Schritt ein modulares System tätigkeitsbezogener und tätigkeitsübergreifender Branchenbausteine entwickelt.

Dieses Baukastensystem, aus dem die zutreffenden Bausteine ausgewählt werden können, ist ein Novum für die Hilfestellungen zur Gefährdungsbeurteilung im Gesundheitsdienst. Die BGW möchte damit die notwendigen Informationen so effizient wie möglich bereitstellen. Eine wichtige Bedingung für die Anwendbarkeit ist, dass der Arbeitgeber die in den Branchenbausteinen beschriebenen Tätigkeiten mit den in seinem Unternehmen tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten abgleichen muss. Dies funktioniert in der Altenpflege in der Regel für die überwiegende Zahl der Tätigkeiten problemlos, da es sich um Standardtätigkeiten wie zum Beispiel Flächendesinfektion oder Reinigungsarbeiten handelt. Daraufhin kann der Arbeitgeber die bereits vorhandenen Schutzmaßnahmen mit den in den Branchenbausteine beschriebenen vergleichen. Diese Maßnahmen sind Empfehlungen und stellen eine gute Arbeitshilfe für alle Betriebe dar, die ihre Gefährdungsbeurteilung für Gefahrstoffe in der Altenpflege auf eine solide Basis stellen wollen.

Standards in der Pflege – Schutz für Leistungsempfänger und -erbringer WS C10

Rolf Höfert,
Geschäftsführer Deutscher Pflegeverband (DPV), Neuwied

Unter rechtlichen Aspekten hat der Patient beziehungsweise Bewohner Anspruch auf eine Pflege nach dem aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Wissenschaft. Standards und Leitlinien sind in der Umsetzung dieser Anforderung ein wesentliches Anleitungs- und Koordinationsinstrument für pflegerisches Handeln. Sie beschreiben jeweils den Maßstab für die sorgfältige Durchführung im Sinne der Paragrafen 276 und 278 BGB.

Standards basieren auf Gesetzen und Verordnungen, haben haftungsrechtliche, ökonomische Auswirkungen und bestimmen Verhaltensregeln.

Wirkung von Standards

- Adaption an aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse
- Festlegung des professionellen Niveaus
- Systematisierung der Handlungsfelder
- methodische Sicherheit
- Verhaltensregeln
- Konkretisierung der Verantwortung professionell Pflegender
- Koordination zwischen den verschiedenen Professionen und Angehörigen
- Überprüfbarkeit der Wirkung von Maßnahmen
- Berücksichtigung der Rechtsprechung
- Beweisführung im Zusammenwirken mit der Dokumentation bei rechtlichen Auseinandersetzungen
- Umsetzung von Gesetzen und Verordnungen
- ökonomische Auswirkungen
- Kriterien bei Qualitätsprüfungen
- Verbraucherschutz

Kommt es zu strafrechtlichen beziehungsweise zivilrechtlichen Auseinandersetzungen und liegen keine Standards für den jeweiligen Pflegebereich und die Tätigkeiten vor, so wird vonseiten der Anklage jeweils auf den aktuellen Stand der Technik und Wissenschaft zurückgegriffen, der sich aus umfangreichen Veröffentlichungen ableiten lässt.

So ist beispielsweise die ventro-gluteale-intramuskuläre Injektion nach Hochstetter beziehungsweise die Technik nach Lanz-Wachsmuth aufgrund der Veröffentlichungen in den vergangenen 30 Jahren heute als Standard zu sehen, die Durchführung der veralteten und mit hoher Komplikationsrate besetzten intraglutealen Injektion hiermit jedoch ein „Kunstfehler". Wenn aus Gründen, die in der Situation des Patienten liegen, zum Beispiel wegen eines Verbands, eine andere Applikationsstelle gewählt wird, so ist dies zu dokumentieren.

Die Pflegestandards müssen qualitative, quantitative und organisatorische Kriterien beinhalten. Wesentliche Standardfelder sind:

- **Strukturstandards:** unter anderem Rahmenbedingungen, Räumlichkeiten, Organisationsstruktur und Personalqualifikation
- **Prozessstandards:** unter anderem Vorgaben pflegerischen Handelns, in Verbindung mit der Pflege-Ziel-Formulierung, den entsprechenden Maßnahmen und den einzelnen Tätigkeiten
- **Ergebnisstandards:** unter anderem das angestrebte Ziel der Maßnahme und Überprüfbarkeit zwischen Ziel und Situation (Evaluation)

Standards legen für Pflegende ein Anforderungsprofil im Sinne des Altenpflegegesetzes Paragraf 3 und des Krankenpflegegesetzes Paragraf 3 fest. Unter juristischen Aspekten werden Standards als Kriterien qualifizierter Leistung im Sinne der Beweislastumkehr herangezogen. Darüber hinaus gelten Standards als Modul des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung.

Pflegende, die von einem festgeschriebenen und per Dienstanweisung verabschiedeten Standard abweichen, haben dies im Haftungsfall zu rechtfertigen. Handelt eine Pflegeperson nicht standardgerecht, sei es, weil die individuelle Situation eines Patienten dies erfordert oder aus der Erfahrung des Pflegenden heraus, so muss diese Standardabweichung schriftlich fixiert werden.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat seit dem Jahr 2000 fünf Expertenstandards entwickelt, konzertiert und implementiert. Gefördert wurde das Projekt durch das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung im Rahmen eines „Modellprogramms zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung“. Diese fünf Standards sind:

- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege
- Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege
- Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege
- Expertenstandard Harnkontinenz in der Pflege

Die Expertenstandards basieren auf einer umfangreichen Literaturanalyse der nationalen und internationalen Fachliteratur sowie auf randomisierten, kontrollierten Studien und Praxisexpertisen der Mitglieder der jeweiligen Arbeitsgruppen. Sie enthalten inhaltlich und formal eine eindeutige Standardaussage, die Begründung und die Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien.

Im Sinne Ihrer Organisations-, Anordnungs- und Durchführungsverantwortung sollten Sie klare Handlungsanweisungen im Sinne von Standards vorgeben beziehungsweise einfordern! Beachten Sie dabei, dass Standards aktuell zu sein haben, und adaptieren Sie Ihre Standards an die oben genannten Expertenstandards.

Mit physischer Intervention Angriffen begegnen

WS C11 und WS D1

Moti Arbel,
Direktor des Lefzeller Home,
Herzliya (Israel)
Werner Pude,
BGW, Hamburg

Da das Durchschnittsalter der Heimbewohner steigt, nimmt die Anzahl der betreuten dementen Personen zu. Dadurch erfolgen auch immer häufiger Übergriffe dieser verwirrten Personen auf das Personal.

Gemäß der nach Unfallverhütungsvorschrift (UVV) BGV A1 und Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) geforderten Gefährdungsbeurteilung muss der Unternehmer alle Risiken für seine Beschäftigten im Unternehmen erfassen und geeignete Maßnahmen dagegen festlegen. Bei allen Maßnahmen ist dabei zu beachten, dass es sich um betreute Personen handelt, wodurch zahlreiche in der Gewaltprävention des öffentlichen Lebens bekannte Maßnahmen ausscheiden. Der Unternehmer ist verpflichtet, seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor körperlichen Angriffen zu schützen, muss aber andererseits auch seiner Betreuungsverantwortung gegenüber den alten Menschen gerecht werden.

Die wirksamste Prävention ist auch hier wieder, die Gefährdung erst gar nicht entstehen zu lassen, das heißt, die Beschäftigten bezüglich der Erkennung und Vermeidung von aggressiven Situationen zu schulen. Alle weiteren hier geschilderten technischen, organisatorischen oder personenbezogenen Maßnahmen können die Gefährdung letztlich nicht völlig ausschließen, senken aber das Verletzungsrisiko und sollen die Möglichkeit einer wirksamen Ersten Hilfe sicherstellen.

So schränkt zum Beispiel eine Vermeidung von Gegenständen im Wohnbereich, die als potenzielle Waffen zum Schlagen oder Werfen genutzt werden könnten, das Risiko derartiger Übergriffe schon stark ein. Weitere technische Maßnahmen wären eine geeignete Farbauswahl und eine entsprechende dämpfende Beleuchtung der Innenräume. Dem Risiko angepasste Notrufeinrichtungen runden die gebotenen technischen Maßnahmen ab. Dabei ist zu beachten: Handys sind keine Notrufgeräte, da sie im Gefahrenfall zu schwierig zu bedienen sind.

Auf organisatorischer Ebene sind selbstverständlich der Personalschlüssel und die geeignete Mitarbeiterauswahl wichtig. Schwerbeschädigte Mitarbeiter, Schwangere und Jugendliche sollten nicht allein eingesetzt werden. Routinemäßige Rückmeldungen der Mitarbeiter untereinander senken als einfache organisatorische Maßnahme das Risiko gelegentlicher Alleinarbeit, zum Beispiel bei Körperpflegemaßnahmen in den Bädern.

Die personenbezogenen Maßnahmen müssten noch um ein Training physischer Interventionsmaßnahmen ergänzt werden. Diese körperlichen Interventionen unterscheiden sich von den gängigen Selbstverteidigungstechniken unter anderem dadurch, dass sie auch die Unversehrtheit der betreuten Person und den Schutz ihrer Würde sicherstellen. Die physischen Interventionsmaßnahmen nutzen dabei immer die natürlichen anatomischen Gegebenheiten des mensch-

lichen Körpers, zum Beispiel indem ein eindeutig stärkerer Muskel des Betreuers (wie der Unterarmmuskel) gegen einen schwächeren Muskel der betreuten Person (zum Beispiel dem Daumenmuskel beim Festhalten einer Hand) eingesetzt wird. Oder es wird – zum Beispiel bei der Befreiung aus Festklammern in den Haaren oder der Bekleidung – die Bewegungseinschränkung eines Gelenks ausgenutzt: Überstreckte Hände öffnen sich von allein.

All diese Techniken können den Betreuten nicht verletzen, auch bei einer Überreaktion infolge von Angst oder Schreck, und kommen damit neben dem Schutz der Betreuer auch dem Pflegeauftrag nach.

Fit für die Zukunft: Benchmarking in der stationären Altenpflege

WS C12

Dr. Christopher Bangert,
Deutscher Caritasverband,
Freiburg

Die Einrichtungen der Caritas stehen zunehmend unter Druck. Die Schere zwischen Personalkosten und Refinanzierung wird größer, die Konkurrenz nimmt zu und zugleich wachsen die gesetzlichen Anforderungen im sozialen Bereich. Um im Markt dennoch bestehen zu können, ist es wichtig, vorhandene Strukturen und Abläufe in den Einrichtungen zu prüfen, um hier das Einsparpotenzial ohne Qualitätsverlust realisieren zu können.

Einführung

Das ideale betriebswirtschaftliche Instrument hierfür ist ein Benchmarking. Hierbei handelt es sich der Definition nach um die kontinuierliche Vergleichsanalyse von Produkten, Dienstleistungen, Prozessen und Methoden des eigenen Unternehmens mit dem besten Konkurrenten beziehungsweise von Unternehmensteilen untereinander. Das Endziel ist ganz einfach: Durch den Vergleich besser zu werden als die Besten und einen Wettbewerbsvorteil zu gewinnen.

Die Benchmarkingplattform des Deutschen Caritasverbandes

Um den zukünftigen Aufgaben gewachsen zu sein und den Einrichtungen der Caritas eine betriebswirtschaftliche Methode zur Verbesserung ihrer geschäftlichen Lage an die Hand zu geben, hat sich der Deutsche Caritasverband e.V. (DCV) dazu entschlossen, eine eigene Benchmarkingplattform für den gesamten Verband zu entwickeln. Damit eine ortsungebundene und einfache Benutzung möglich ist, wurde eine Onlineplattform entwickelt.

In Zusammenarbeit mit den Diözesan-Caritasverbänden und dem Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. (VkAD) wurde zunächst ein Benchmarking in der stationären Altenhilfe realisiert. Der DCV als übergeordneter Verband ist für die Weiterentwicklung der Plattform und in Zusammenarbeit mit einem Fachbeirat für die inhaltliche Verbesserung des betriebswirtschaftlichen Moduls verantwortlich. Die Diözesan-Caritasverbände haben die inhaltliche und technische Betreuung der Einrichtungen übernommen. Sie sind auch in der Verantwortung, die Benchmarkingzirkel zu organisieren und durchzuführen.

Eine erste Testphase mit knapp 150 teilnehmenden Einrichtungen wurde im März 2007 erfolgreich abgeschlossen.

Einige Ergebnisse der Testerhebung

Strukturen: Große Einrichtungen (120 Plätze und mehr) haben mit 42 Prozent den größten Anteil an Doppelzimmern, während in den kleinen Einrichtungen (Platzzahl kleiner 40) der größte Einzelzimmeranteil (75 Prozent) und zugleich der größte Mehrbettzimmeranteil (3,6 Prozent) vorliegen.

Personal: In den Einrichtungen kümmern sich im Durchschnitt 0,6 Vollzeitkräfte um einen Bewohner. Abweichungen nach oben gibt es insbesondere in kleinen Einrichtungen mit weniger als 40 Betten (0,7 Vollzeitkräfte pro Bewohner). Die

Personalkosten machen etwa 68 Prozent der Gesamtkosten aus. Nur bei kleinen Einrichtungen (unter 40 Betten) liegt der Wert mit über 74 Prozent deutlich höher. Der Altersdurchschnitt des Stammpersonals liegt bei knapp 43 Jahren.

Bewohnerinnen und Bewohner: Durchschnittlich leben 88 Bewohnerinnen und Bewohner in einer Einrichtung; vier Fünftel sind Frauen. Bei der Belegungsstruktur macht sich die Politik auf der Landesebene in Bezug auf die Förderung von Einrichtungen bemerkbar: In Niedersachsen, Hessen und Nordrhein-Westfalen sind die Bewohner, wenn sie in das Pflegeheim einziehen, älter als in den übrigen Bundesländern. Entsprechend kürzer ist auch die Verweildauer.

Qualitative Daten: Im Rahmen des ersten Benchmarking-Durchlaufs wurden auch einige qualitative Daten erhoben. Rund 18 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen sind bereits zertifiziert, ein weiteres Drittel hat die Zertifizierung geplant. Jede zweite Einrichtung hat in den letzten drei Jahren eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, knapp 46 Prozent der Einrichtungen auch eine Bewohnerbefragung. In den Einrichtungen arbeiten im Durchschnitt 23 Ehrenamtliche mit, in der Hälfte der Einrichtungen findet eine Begleitung und Betreuung der Ehrenamtlichen statt.

Der Umfang des qualitativen Teils der Erhebung wird in Zukunft deutlich erhöht. Grundlagen sind dabei die bestehenden Instrumente Mitarbeiterbefragung, Kundenbefragung und Selbstevaluationsinstrument des VkAD, aber auch die MDK-Prüfrichtlinie. Interessante Erkenntnisse lässt die geplante Verknüpfung von qualitativen und betriebswirtschaftlichen Daten erwarten.

Fazit

Die innerverbandliche Transparenz wird erhöht und durch das Lernen voneinander können Verbesserungspotenziale im Verband gehoben werden. Aber auch für die Außenwirkung ist das Benchmarking hilfreich: Es bietet dem Spitzenverband auf all seinen Ebenen die Möglichkeit, die Lobby-Arbeit mit Zahlen zu hinterlegen und damit glaubwürdiger argumentieren zu können.

Betriebliches Eingliederungsmanagement – Aufgaben und Rollen betrieblicher Akteure

WS C13

Markus Taddicken,
BGW, Delmenhorst
Kerstin Palsherm,
BGW, Hamburg

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat sich an der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren" mit dem Projekt „Konzept- und Kompetenzentwicklung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement – Gestaltung von Aufgaben und Rollen betrieblicher und überbetrieblicher Akteure" beteiligt.

Paragraf 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet Arbeitgeber, ein betriebliches Eingliederungsmanagement zu betreiben. Die Vorschrift bezieht sich nicht nur auf schwerbehinderte Menschen, sondern auf jeden Beschäftigten, der innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig erkrankt. Die Vorschrift hat einen individualpräventiven Charakter und soll eine aktive Auseinandersetzung aller beteiligten Kräfte im Unternehmen mit bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen zur Überwindung und Vermeidung erneuter Arbeitsunfähigkeit sicherstellen.

Im Rahmen ihres Aufgabenbereichs ist die BGW als Rehabilitationsträgerin im Sinne des SGB IX insbesondere dazu verpflichtet, die notwendigen Sozialleistungen möglichst koordiniert und in Kooperation mit den anderen Rehabilitationsträgern zu erbringen, um eine Behinderung abzuwenden und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu verhindern.

Die Umsetzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements ist vor allem in mittleren und kleineren Betrieben noch nicht sehr verbreitet. Bei der Durchführung des Projekts sollte die Mitgliederstruktur der BGW berücksichtigt werden, um den unterschiedlichen Anforderungen der einzelnen Gewerbezweige gerecht zu werden. Das Projekt gliedert sich daher in vier Teilprojekte:

Teilprojekt 1
Norddeutschland (Bezirksverwaltung (BV) Delmenhorst): Großbetrieb
Berufshilfe und Präventionsdienste begleiten und moderieren den innerbetrieblichen Prozess im Hinblick auf die Beteiligung der betrieblichen Akteure, die Formulierung individueller Ziele, die Herbeiführung der grundsätzlichen Entscheidung, die Analyse von Stärken und Schwächen, die Bildung eines Integrationsteams, die Entwicklung eines Eingliederungsprogramms sowie die Durchführung des Eingliederungsmanagements der BGW.

Teilprojekt 2
Ostdeutschland (BV Dresden): Kleinbetriebe
- Leitlinienmodell Friseure (Innung) mit externem Dienstleister
- Apothekenverband Leitlinienmodell in Kooperation/Durchführung mit der BGW
- ambulante Pflege

Teilprojekt 3
Süddeutschland (BV Karlsruhe): Großbetrieb

Teilprojekt 4
Westdeutschland (BV Bochum/BV Delmenhorst) in Kooperation mit der Technologieberatungsstelle beim DGB Landesbezirk NRW e.V. (TBS): (Pflege-)Betriebe kleiner und mittlerer Größe
Die Betriebe in den vier Teilprojekten sind unterschiedlich strukturiert. Großbetriebe haben eine betriebliche Interessenvertretung, eine betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung sowie Kontakte zu den unterschiedlichen Rehabilitationsträgern. Die im Bereich der BGW versicherten Unternehmen sind teilweise in privater und teilweise in kirchlicher Trägerschaft. Hier sind unterschiedliche Organisationsstrukturen bei der Implementierung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements zu berücksichtigen. Kleinere Betriebe verfügen weder über eine Interessenvertretung der Arbeitnehmer, eine Schwerbehindertenvertretung oder konkrete, personenbezogene Kontakte zu den Rehabilitationsträgern noch über eine vertiefte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Beratung. Kleinere Betriebe sind häufig auf Kammer- beziehungsweise Innungsebene organisiert. Die dortigen Strukturen sind häufig nicht ausreichend bekannt.

Ergebniszusammenfassung
Innerhalb der relativ kurzen Projektlaufzeit konnten in Großbetrieben erste Strukturen eines betrieblichen Eingliederungsmanagements gebildet werden. Voraussetzung hierfür war insbesondere die Bündelung methodischer, fachlicher und sozialer Kompetenzen im jeweiligen Unternehmen. Erste Erfahrungen bestätigen die positive Einschätzung aller am Projekt beteiligten Personen. Betroffene, Unternehmensleitung, Vorgesetzte, Mitarbeitervertretung, Schwerbehindertenvertretung, Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit begrüßten übereinstimmend das an der betrieblichen Realität ausgerichtete Angebot.

Während der Projektlaufzeit kam es zu keiner krankheitsbedingten Kündigung. Know-how und Erfahrung langjähriger Mitarbeiter konnten damit der Einrichtung erhalten bleiben. Für den Erfolg des Projekts spricht ebenfalls das gewachsene Vertrauen der Mitarbeiter gegenüber den gebildeten Integrationsteams. Insbesondere die betriebliche Interessenvertretung hat hierauf maßgeblichen Einfluss.

Zusammenfassend lassen sich aus den umfangreichen Ergebnissen die folgenden Thesen festhalten:
- Die Selbstbestimmung von Betroffenen muss sichergestellt werden.
- Betriebliche Rahmenbedingungen beeinflussen betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), und BEM beeinflusst die Lebenslage von Betroffenen.
- BEM muss in die bestehenden Unternehmens- und Präventionskulturen eingebunden werden.
- BEM kann Schwächen in der innerbetrieblichen Kommunikation und Organisation nicht beheben – sie setzen sich vielmehr im BEM fort.

- Grundsätze zum BEM (Paragraf 84 SGB IX) bilden nicht das betriebsspezifische BEM.
- Arbeitgeber, betriebliche Interessenvertretung und Schwerbehindertenvertretung sind verantwortlich für die Umsetzung: Sie müssen Aufgaben, Rollen, Qualifikationen und Kompetenzen der Akteure festlegen.
- Entwicklung und Einführung des BEM erfordern Abstimmungszeit, die aber gut investiert ist.
- Ein Verfahren zur sicheren Identifikation relevanter Arbeitsunfähigkeitsdauer muss entwickelt werden.
- Datenschutz ist wichtig, bereitet aber in der Praxis Schwierigkeiten.
- Bei Einführung des BEM kann externe Unterstützung hilfreich sein, sie führt aber nicht zwangsläufig zu einem nachhaltigen und vertrauensvollen BEM.
- Voraussetzung für die Weiterentwicklung des BEM ist eine Prozessevaluation.
- Der wirtschaftliche Nutzen des BEM ist differenziert zu betrachten.

Mehr Zeit für die ambulante Pflege – innovative Modelle der Arbeitsorganisation WS C14

Ulrich Wabra,
Berater für Betriebsräte, sobi – Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Beratung und Information, Göttingen

Die aktuelle demografische Entwicklung in Deutschland führt bei der Versorgung älterer Menschen zu einer deutlichen Veränderung der Anforderungen. Dies hat sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Dimension. Bereits heute gibt es bei der Frage von Qualität und Quantität auf der personellen Angebotsseite feststellbare Defizite, die in den nächsten Jahren zu massiven Versorgungsengpässen führen können. Weiterhin ist ein wachsender Zwang zum sparsamen Einsatz von Ressourcen und zu einer stärkeren Ökonomisierung betrieblicher Abläufe festzustellen, unter Berücksichtigung der spezifischen, sozialen Aufgabenstellung der Altenpflege. Der Innovationsdruck sowie der Zwang zur Bewältigung struktureller Veränderungen führen in der Altenpflege zu einer komplexen Aufgabenstellung im Bereich der Organisationsentwicklung.

Durch die Einführung attraktiver Arbeitszeitmodelle und die Verbesserung der betrieblichen Kommunikations- und Organisationsformen im Bereich der ambulanten Pflege ist eine nachhaltige Steigerung der Pflegequalität auf der einen Seite genauso wie eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf der anderen Seite möglich.

Flexible Arbeitszeitmodelle schaffen für die Beschäftigten die Möglichkeit, ein höheres Maß an zeitlicher Selbstbestimmung zu erlangen und damit die Perspektive einer Harmonisierung zwischen Arbeits- und Privatleben zu erreichen. So können zum Beispiel im Rahmen flexibler Arbeit Familienphasen besser gemanagt werden. Darüber hinaus bieten diese Modelle in Krisenzeiten ein Steuerungsinstrument, mit dem Personalabbau durch Kündigungen vermieden werden kann: Anstelle von Kündigungen können Arbeitszeitguthaben abgebaut beziehungsweise durch betriebliche und tarifliche Regelungen Arbeitszeiten für einen bestimmten Zeitraum reduziert werden.

Die Unternehmen zeigen ein primär ökonomisches Interesse bei der Einführung neuer Arbeitszeitmodelle. So bieten variable Arbeitszeiten die Möglichkeit, die betrieblichen Abläufe besser den Kundenbedürfnissen anzupassen: Es wird dann gearbeitet, wenn es der Kunde fordert; betrieblicher Leerlauf kann vermieden werden.

In der praktischen Erprobung hat sich bei der Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle immer wieder gezeigt, dass zugleich auch Veränderungen bei der Arbeitsorganisation notwendig sind und Arbeitsabläufe durch selbstständig agierende Teams stärker informell organisiert werden müssen. Die Chancen, die sich hier für alle Beteiligten und vor allem für die Pflegekunden auftun, sind enorm – es lohnt sich also, die Schwierigkeiten zu meistern, die während der Einführungsphase auftauchen. Mit Blick auf die Praxis lässt sich feststellen, dass flexible Arbeitszeitmodelle auch im Bereich der ambulanten Pflege funktionieren und zu einer Verbesserung der Pflegequalität sowie der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen.

Gute Kommunikation zwischen Illusion und Realität

WS D2

Heike Lauber,
Kommunikationstrainerin, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg
Jochen Schönemann,
Psychologe, Universität Heidelberg

Wenn ein Team harmonisch zusammenarbeitet, läuft alles viel besser: Die Arbeit macht Spaß, die Abstimmung unter den Kollegen verläuft reibungslos, Probleme sind im Handumdrehen gelöst und alle fühlen sich wohl. Dieser Idealzustand kann Realität werden. Der Schlüssel dazu ist eine funktionierende Kommunikation in einer vertrauensvollen Atmosphäre. Und die schafft man durch aktives Zuhören, Nachempfinden, Verstehen, Offenheit und eine klare Sprache.

Man kann nicht nicht kommunizieren

Auf die Unmöglichkeit, nicht zu kommunizieren, hat bereits 1967 der Kommunikationsforscher Paul Watzlawick hingewiesen [1]. Eine Nachricht hat nach ihm immer einen Inhalts- und einen Beziehungsanteil, und zwar unabhängig davon, wie kommuniziert wird: ob direkt von Angesicht zu Angesicht oder indirekt über Medien wie Briefe, E-Mails, Telefon oder Bilder. Dabei gibt der Beziehungsaspekt maßgeblich die Art und Weise vor, wie wir den Inhalt einer Nachricht zu interpretieren haben.

Unter Kommunikation verstehen wir gewollt oder ungewollt ausgedrückte Gedanken, Gefühle oder soziale Handlungen. Doch ob mein Gegenüber wirklich versteht, was und wie ich etwas gemeint habe, hängt von verschiedenen Faktoren ab, die wir manchmal beeinflussen können.

In der Pflege arbeiten heißt, im Team zu arbeiten

In der Pflege tätige Personen arbeiten mit verschiedenen Formen der Kommunikation, beispielsweise auf der körperlichen Ebene – wie bei der basalen Stimulation – oder auf der Beratungs- und praktischen Schulungsebene. Neben den Gesprächen mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sind sie auch im multiprofessionellen Team tätig und gefordert. Dies stellt eine nicht zu unterschätzende Anforderung dar.

Funktioniert das Team gut, hat das weitreichende positive Folgen: Die Zusammenarbeit funktioniert und auch schwierige Probleme sind lösbar. Die Teammitglieder sehen, dass sie von ihren Kollegen unterstützt werden. Dies führt dazu, dass sie sich wohlfühlen und gern arbeiten. Die Arbeitszufriedenheit steigt. Doch oft ist die Zusammenarbeit ungenügend und für alle Beteiligten unbefriedigend, da ungeklärte Spannungen im Team nicht angegangen werden. Die Ursachen des Konflikts werden durch Fassaden- und Imponiertechniken, Aktionismus, versteckte Appelle oder doppelbödige Botschaften verschleiert. Eine klare Kommunikation ist der erste Schritt, diese Spannungen anzugehen.

Eine funktionierende Kommunikation als Schlüssel

Für eine gute, klare und verständliche Kommunikation im Team ist zum einen eine vertrauensvolle Atmosphäre auf der Basis von Offenheit, Wertschätzung und Akzeptanz unabdingbar. Zum anderen sind für das „richtige“ Verstehen

des anderen weitere Eigenschaften wichtig: Dazu zählen empathische Fähigkeiten, Kommunikationstechniken wie die des aktiven Zuhörens, eine neutrale Bewertung und Einbindung der Beiträge aller Teammitglieder und letztlich eine klare, unmissverständliche Sprache und Körpersprache [2].

Kommunikationsdefizite in der Arbeitsumgebung aufdecken und bearbeiten

Hinderliche Kommunikation kann entdeckt und förderliche Kommunikation kann gelernt werden. Daher sollen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in diesem Workshop auf dem bgwforum 2007 die grundlegenden Elemente einer guten Kommunikation kennenlernen und praktisch erleben. In Rollenspielen trainieren sie, wie man mit „schwierigen" Patienten, Angehörigen oder Kollegen kommuniziert, und erarbeiten Lösungsstrategien für einen besseren Umgang miteinander.

Dabei werden vor allem die sozialen Beziehungen innerhalb eines Arbeitsbereichs mithilfe der soziometrischen Aufstellungsarbeit nach Moreno [3] näher betrachtet und wird anschließend im Rollentausch ein Perspektivwechsel vorgenommen, der zu einem neuen, vielleicht besseren Verständnis der einzelnen Rollen im Arbeitsumfeld führen kann.

Ausgehend von der Rollentheorie Morenos, dem Gründer des Psychodramas [4], führen dabei vor allem folgende Fragestellungen weiter: Wie erhärten sich unsere Annahmen über andere Personen? Wie können wir diese Vorannahmen wieder auflösen? Welche formellen und informellen Rollen gibt es im Umfeld? Welchen Status haben die einzelnen Beteiligten? Welche expliziten und impliziten Normen gibt es?

Erläuterungen

- Psychodrama ist ein Verfahren für die szenische Darstellung, Erforschung und Veränderung der subjektiv erlebten Wirklichkeit von Individuen und Gruppen
- Soziometrie ist die Wissenschaft der Messung zwischenmenschlicher Beziehungen

Literatur

[1] *Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Hans Huber, 2003*

[2] *Rogers CR: Entwicklung der Persönlichkeit. Klett, 1976*

[3] *Moreno JL: Sociometry and the Science of Man. Beacon House, 1956*

[4] *von Ameln F, Gerstmann R, Kramer J: Psychodrama. Springer, 2004*

Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz WS D3

Erika Sirsch,
KK Training Beratung
Weiterbildung, Essen

Schmerz ist eine höchst individuelle Erfahrung. Sie hängt von kulturellen und sozialen Faktoren, der Bedeutung der Situation und anderen, für das Individuum einzigartigen Faktoren ab (Melzack 1973; Gehring & Watson 1999). In Bezug auf die Schmerzwahrnehmung gilt die Empfehlung, dass die Selbstauskunft Vorrang vor der Fremdeinschätzung hat (DNQP 2005; Young et al. 2006) – die Selbsteinschätzung wird gegenüber der Fremdeinschätzung bevorzugt. So konnte aufgezeigt werden, dass bei der parallelen Einschätzung mittels einer Selbsteinschätzungsskala die Betroffenen ihren Schmerz selbst als stärker beurteilen als Pflegende, wenn die Einschätzung durch diese ebenfalls mittels der Skala erfolgte (Puntillo et al. 1997; Hall-Lord et al. 1998).

In der Pflege von Menschen mit schweren kognitiven Einschränkungen stößt die Selbstauskunft allerdings an Grenzen. Das Postulat von McCaffery (1997): „Schmerz ist, wenn Patienten sagen, dass sie Schmerzen haben" – oder wie im Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege übersetzt: „Schmerz ist das, was die Person, die ihn erfährt, über ihn angibt; er ist vorhanden, wenn sie sagt, dass er da ist" – greift bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu kurz (DNQP 2005).

Menschen mit leichten bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigungen sind häufig in der Lage, ihren Schmerz verbal zu äußern und zu beschreiben (Krulewitch et al. 2000; DNQP 2005). Erst bei einer starken Beeinträchtigung der Kognition hingegen, mit einem MMSE (Mini Mental State)-Wert kleiner als zehn, ist eine Selbstauskunft nicht mehr zuverlässig möglich (Basler et al. 1998). Wollen Pflegende den Schmerz insbesondere bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikation oder kognitiver Beeinträchtigung erfassen, sind sie damit auf geeignete Schmerzerfassungsinstrumente angewiesen (Kunz 2002). Hier ist eine systematische Fremdeinschätzung durch Angehörige oder die betreuenden Pflegenden erforderlich.

Viele Menschen können sich bei Schmerzen Dritten gegenüber verbal mitteilen und ihre Schmerzen zum Ausdruck bringen. Das ist bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder bei sedierten und beatmeten Patienten anders. Menschen, die in ihren Kommunikationsfähigkeiten eingeschränkt sind, benötigen besondere Aufmerksamkeit bei der Schmerzerfassung. Sie sind häufig darauf angewiesen, dass Betreuende ihren Zustand erkennen und dann auch adäquat reagieren (Buffum et al. 2001; Puntillo 1990; Hayes 1995).

Bei Menschen im höheren Lebensalter wird der Schmerz sogar oft als zum Alter dazugehörig erlebt und beschrieben. Dabei wird nach Angaben der Arbeitsgruppe „Schmerz und Alter" der deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes angenommen, dass 25 Prozent der älteren Menschen an ständig vorhandenen und rezidivierenden Schmerzen leiden (Basler et al. 1998). In einer neueren Publikation wird beschrieben, dass 40 bis 80 Prozent der Bewohner in Altenheimen ein großes Risiko haben, Schmerz zu erleiden (Zwak-

halen et al. 2006). Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigen häufig Verhalten, das nicht eindeutig ist. So kann es sein, dass ein Mensch aggressives Verhalten zeigt. Dieses Verhalten kann aber auch aus der Unfähigkeit resultieren, Schmerzen angemessen artikulieren zu können (Zwakhalen et al. 2006).

Pflegende, ob professionell pflegend oder als pflegende Angehörige, haben häufig die „Definitionsmacht", wann ein Verhalten als Schmerz gedeutet wird und wann nicht. Das setzt voraus, dass die Schmerzen als solche erkannt und nicht als Verhalten, das zum Beispiel durch die kognitive Beeinträchtigung begründet ist, erklärt werden.

Wird Schmerz bei Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung nicht erkannt und dadurch auch nicht ausreichend behandelt, kann das für die Betroffenen weitreichende Folgen haben. Die Lebensqualität und die Gesundheit der Betroffen leiden darunter (DNQP 2003). So können akute Schmerzen bei nicht ausreichender Behandlung chronifizieren. „Der Schmerz entwickelt sich so vom Krankheitssymptom zur eigenständigen Schmerzkrankheit" (Zimmermann, in: Basler et al. 2004: 19). Oder die Mobilität reduziert sich unter Schmerz; es ist den Betroffenen nicht mehr möglich, das Zimmer selbstständig zu verlassen oder Besuche zu machen. Diese Dinge, die mit vielen Sinnesreizen, Anregungen, Entscheidungen und Kontakten verknüpft sind, fehlen dem alten Menschen dann. Keine Besuche machen zu können, bedeutet, weniger Kontakte zu haben, weniger Kommunikation und damit weniger Teilhabe an den Erfahrungen von Mitmenschen und am Leben.

Das Schmerzmanagement beeinflussende Faktoren

In Deutschland hat jeder Mensch einen Anspruch auf eine adäquate, dem Stand der Wissenschaft entsprechende Schmerzbehandlung (DNQP 2004). Mangelndes Wissen und überkommene Überzeugungen von Pflegenden, Ärzten und Betroffenen behindern aber häufig ein adäquates Schmerzmanagement. Je mehr Betroffene über ihre Schmerzen klagen, desto mehr neigen Pflegende dazu, diese als überzogen anzusehen (Kaasalainen et al. 1998). Gleichzeitig zeigt sich, dass die Wahrnehmung des Schmerzes durch Pflegende nicht zwangsläufig eine schmerzreduzierende pflegerische Intervention zur Folge hat.

Die Bereitschaft, Psychopharmaka einzusetzen, ist in der Pflege alter Menschen häufig größer, als Medikamente zur Schmerzreduktion zu verabreichen.

Die Schmerzwahrnehmung durch Pflegende wird beeinflusst durch

- persönliche Erfahrung,
- klinische Vorerfahrung und
- aktuelle Beobachtung.

Schmerzassessment

Hayes (1995) zeigt in einer qualitativen Untersuchung an der Situation von zwei an Alzheimer erkrankten und an Rheuma leidenden Menschen auf, dass das pflegerische Wissen um Schmerzerfassung und Einschätzung große De-

fizite aufweist. Er stellt fest, dass es:
- keine routinemäßige Schmerzerfassung gibt,
- Schmerzerfassungsinstrumente nicht eingesetzt werden und
- Pflegende dazu neigen, Schmerzen unterzubewerten.

Die Grundlage einer angemessenen Schmerzerfassung zur Schmerzbehandlung bilden Informationen zu:
- Intensität
- Dauer
- Verlauf
- Qualität

Ergriffene Maßnahmen müssen beobachtet und überprüft werden. Häufig können Medizinerinnen und Mediziner nur „das" behandeln, „was" Pflegende beobachten und auch systematisch dokumentieren. Eine Zusammenarbeit der beteiligten Professionen macht eine wirksame medikamentöse Schmerztherapie erst möglich. Zur systematischen Schmerzerfassung stehen Assessmentinstrumente zur Verfügung, die allerdings nur langsam Einzug in die Pflege halten. Als Assessmentinstrumente zur Schmerzerfassung können beispielsweise eingesetzt werden:

- **VRS**
  Die Verbale Rating Skala ist eine fünfstufige Ordinalskala, die die Schmerzintensität durch Eigenschaften definiert. Dabei wählen die Betroffenen selbst die für sie zutreffende Eigenschaft aus.

- **NRS (Numerische Skala)**
  Die NRS ist eine elfstufige Skala, die den Schmerz in Stufen von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) einteilt. Die Betroffenen markieren dabei die Intensität ihrer Schmerzen. Die Skala kann als Schieber, Lineal oder auch auf Papier zum Ankreuzen angewendet werden.

Beide Skalen können gut zur Selbsteinschätzung von Schmerzen eingesetzt werden. Es ist sinnvoll, innerhalb einer Einrichtung nur ein Instrument einzusetzen. Damit liegen der Bewertung einheitliche Kriterien zugrunde und eine Vergleichbarkeit ist eher gegeben.

Zur Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Störungen können eingesetzt werden:
- Doloplus©
- ECPA (in der modifizierten Fassung von Fischer (2007) das BISAD)
- BESD

In der Pflege von alten Menschen werden Schmerzerfassungsinstrumente zurzeit noch nicht routinemäßig eingesetzt. Durch die fehlende Systematik und die durchgängige Evaluation ist der Einsatz von schmerzreduzierenden Mitteln nicht immer als angemessen zu beurteilen.

Pflegerische Aspekte bei der medikamentösen Schmerztherapie

Allein die Anwendung von Schmerzmedikamenten reicht nicht aus:
- Die Effektivität muss überprüft,
- die Wirkdauer berücksichtigt und
- der Zeitraum, in dem Medikamente appliziert werden, sowie
- die Dosierung individuell angepasst werden.

Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bildet die individuelle und professionelle Einschätzung – zum Beispiel mit Assessmentinstrumenten – eine nachvollziehbare Basis für die medikamentöse Therapie. Diese Grundlage entlastet Pflegende bei Diskussionen über die Notwendigkeit der Maßnahmen zur Schmerzreduktion.

Die möglichst präzise Beschreibung von Schmerzen ist grundlegend für die zielgerichtete Behandlung von Schmerzzuständen. Dabei sind einige Punkte zu beachten:
- Schmerz ist das, was der oder die Betroffene als Schmerz empfindet
- Schmerzintensität in unterschiedlichen Phasen bestimmen, zum Beispiel in Ruhe oder bei Bewegung und Belastung
- Schmerzqualitäten erfassen, zum Beispiel ziehend, stechend oder klopfend
- Schmerzverlauf dokumentieren, zum Beispiel ob der Schmerz nach Medikamentengabe rückläufig oder gleichbleibend ist

Oft sind die Schmerzen bei alten Menschen am Ende der Nacht oder am Morgen am stärksten – also gerade dann, wenn sie aufstehen und sich waschen und ankleiden wollen. Werden Schmerzmedikamente erst zum Frühstück gegeben, berücksichtigt das die Wirkungsintervalle nicht immer angemessen. Eine routinemäßige Gabe zum Frühstück, Mittagessen und Abendbrot komprimiert das Einnahmeintervall oft auf wenige Stunden. Eine nach geplanten Zeitintervallen vorgenommene Gabe von Schmerzmitteln, auch schon vor dem Aufstehen, könnte hier das Auftreten von Schmerzspitzen vermeiden, eine wirksame Prophylaxe sein und den Betroffenen zu mehr Selbstständigkeit verhelfen.

Pflegerische Maßnahmen zur Schmerzreduktion

McCaffery und Pasero (1999) beschreiben, dass durch emotionale oder physische Auswirkungen von pflegerischen Handlungen positive oder negative Reaktionen erreicht werden können.

Belastend wirken Handlungen, wenn:
- Situationen als bedrohlich empfunden werden,
- Äußerungen nicht ernst genommen werden,
- Müdigkeit oder
- Angst vorliegen.

Entlastend und dadurch schmerzreduzierend sind dagegen:
- ausreichend guter Schlaf und
- Muskelentspannung.

Von Pflegenden können zur Schmerzreduktion häufig begleitend auch nicht medikamentöse Maßnahmen eingesetzt werden. Besonders die Entspannung kann gefördert werden, zum Beispiel durch:

- Kälte- und/oder Wärmeapplikation
- Massage
- Bäder
- Entspannungsübungen wie progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
- Ablenkung, zum Beispiel durch Musik oder auch durch Besuche
- Lockerungsübungen, die den Tonus (Muskelspannung) reduzieren, vor großen Bewegungen wie Transfers

Dabei sind alle eingesetzten Maßnahmen im Team, das heißt auch mit den behandelnden Ärzten, abzustimmen. Denn auch bei scheinbar so harmlosen Anwendungen wie der Wärmeapplikation können Kontraindikationen vorliegen (DNQP 2004).

Schmerzmanagement

Ein systematisches Schmerzmanagement umfasst:

- Erfassung der Schmerzintensität
- Verlaufskontrolle von Schmerzzuständen
- Dokumentation therapierelevanter Informationen wie Wirkweise von Maßnahmen und Schmerzmedikamenten
- Erfassung von Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten
- Applikation von Schmerzmedikamenten nach Wirkdauer und Wirkweise des jeweiligen Präparates
- Vermeidung von Schmerzspitzen, zum Beispiel Gabe des Schmerzmedikaments bereits vor großen Anstrengungen wie dem Aufstehen
- gemeinsame Zielsetzung mit Betroffenen und allen Beteiligten
- Beratung der Betroffenen und der betreuenden Personen

Dabei bietet ein systematisches Schmerzmanagement Vorteile.
Für die Betroffenen:

- eine geeignete Schmerztherapie kann eingeleitet werden
- eine differenzierte Aussage zu Schmerzzuständen ist durch den Einsatz von Assessmentinstrumenten möglich
- der Schmerzverlauf kann dargestellt werden
- die weitere Behandlung kann angepasst werden
- Nebenwirkungen von Schmerzmitteln werden durch systematische Beobachtung eher erkannt
- physische und psychische Entlastung des Betroffenen
- chronische Schmerzen können unter Umständen vermieden werden
- bessere Lebensqualität für Betroffene

Vorteile für Pflegende:

- Handlungssicherheit im Umgang mit Betroffenen durch vergleichbare Einschätzungen
- „handfeste Argumente“ im Team

- kompetente und objektivere Aussagen im Austausch mit anderen Disziplinen sind möglich
- gesteigerte Professionalität

Literatur

Basler et al.: Schmerz und Alter. Ein vernachlässigtes Gebiet? Stand der Forschung und offene Fragen. Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, 1998, http://www.dgss.org, Zugriff 19.03.2006

Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfisch HP: Psychologische Schmerztherapie. 5. Auflage, Springer, 2004

Basler HD, Hüger D, Kunz R, Lukas A, Nikolaus T, Schuler MS: Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltes. Der Schmerz, www.springerlink.com Onlineveröffentlichung, 2006, Zugriff 19.07.2006

Butler D, Mosley G: Schmerzen verstehen. Springer, 2005

Buffum MD, Miaskowski C, Sands L, Brod M: A Pilot Study of the Relationship between Discomfort and Agitation in Patients with Dementia. Geriatic Nursing 2001;22(2)

Carr E, Mann E, Osterbrink J (Hrsg.): Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe. Hans Huber, 2002

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Fachhochschule Osnabrück, 2005, http://www.dnqp.de

Feldt K: The Checklist of Nonverbal Pain Indicators (CNPI). Pain Management Nursing 2000;1(1): 13-22

Fischer T: Hilfsmittel für die Beobachtung aber kein Ersatz für die Fachlichkeit. Pflegezeitschrift 2007;6: 308-311

Hayes R: Painassessment in the Elderly. British Journal of Nursing 1995;4(20): 1199-1204

Hicks TJ: Ethical Implications of Pain Management in a Nursing Home: A Discussion. Nursing Ethics 2000;7(5): 392-398

Kaasalainen S, Middelton J, Knezacek S, Hardley T, Stewart N, Ife C, Robinson L: Pain and Cognitive Status in the Institutionalized Elderly. Journal of Gerontological Nursing 1998;8: 24-31

Krulewitch H et al.: Assessment of Pain in Cognitively Impaired Older Adults. A Comparison of Pain Assessment Tools and their Use by Nonprofessional Caregivers. Journal of the American Geriatrics Society 2000;48(12): 1607-1611

Kunz R: Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenzerkrankungen. Geriatrie Journal 2003;3: 14-21

Melzack R: The Puzzle of Pain. Basic Books, 1973

McCaffery M, Beebe A, Latham J: Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Ullstein und Mosby, 1997

Osterbrink J, Stiehl M: Der Schmerzpatient in der Pflege. ComMed, 2004

Puntillo K: Pain Experiences of Intensive Care Units Patients. Heart Lung 1990;19(5): 526-533

Puntillo K, Miaskowski C, Kehrle K, Stannard D, Gleeson S, Nye: The Relationship between Behavioral and Physiological Indicators of Pain, Critical Care Patients' Self Reports of Pain, and Opioid Administration. Critical Care Medicine 1997;25(7): 1159-1166

Sirsch E: Hilfreiche Entlastung. Altenpflege 2005;4: 59-61

Young J, Siffleet J, Nikoletti S, Shaw T: Use of a Behavioural Pain Scale to Assess Pain in Ventilated, Unconscious and/or Sedated Patients. Intensive & Critical Care Nursing, 2006;22: 32-39

Zwakhalen S, Hamers J, Abu-Saad H, Berger M: Pain in Elderly People with Severe Dementia: A Systematic Review of Behavioural Pain Assessment Tools. BMC Geriatrics 2006;6: 3

Wir bestimmen unsere Realität selbst, oder? WS D4

Rosemarie Andres,
Kommunikationstrainerin, Qualitätsmanagementbeauftragte, Seniorenpark Hinterweidenthal, Trierweiler
Gertrud Schoden,
Gestalttherapeutin und Kommunikations-/Sozialkompetenztrainerin, Trierweiler

Die Arbeit mit und am Menschen bringt ohne Zweifel hohe Belastungen mit sich. Im Altenpflegebereich sind diese Belastungen umso höher, da es hier um die ganzheitliche Betreuung kranker und gesunder alter Menschen geht. Gleichzeitig wird ein sozialkompetenter Umgang mit deren Angehörigen gefordert und nicht zuletzt auch mit Kolleginnen und Kollegen.

Manchmal kann es dabei hilfreich sein, die Realität nach der eigenen Sichtweise zu beurteilen. Meistens ist es nicht so. Warum? In einem Miteinander, bei dem jeder Einzelne unter Zeitdruck und hohen Anforderungen steht, erleben wir sehr oft, dass durch Missverständnisse in der Kommunikation die oben beschriebenen Probleme noch zunehmen.

Da ist es besonders wichtig, eigene Mechanismen und Denkstrukturen zu kennen und „konstruierte Wirklichkeit" zu unterscheiden von feststehenden Tatsachen. Wenn ich weiß, dass ich mir meine Welt nach den Informationen konstruiere, die ich mit meiner eigenen, verinnerlichten Welt koordiniere, so kann ich genau das auch von meinen Kommunikationspartnern annehmen. Wenn es mir also gelingt, meine Bilder mit seinen zu vergleichen – durch ständiges Nachfragen zum Beispiel –, dann werden Missverständnisse minimiert und echter Austausch findet statt.

Lassen wir uns ermutigen zu einer Kultur des Fragens, so werden wir gewahr, welche Konstrukte in uns selbst und im Gegenüber wirksam sind; wir können unsere „Wirklichkeiten" miteinander vergleichen, staunen, lachen, sie annehmen und miteinander verbinden. Dieses Erleben fördert das kommunikative Miteinander, verbessert die sozialen Beziehungen und entlastet so den beruflichen Alltag.

Informationsmanagement: Damit Informationen richtig ankommen

WS D5

Gerhard Gieschen,
Betriebsberater und Unternehmer-Coach, Tübingen

Nichts ist bequemer als ein Leben in Gewohnheiten. Bekannte Strukturen und Rituale geben uns Halt. Sie vermitteln das Gefühl, unser Leben im Griff zu haben. Allerdings wurde unsere Umwelt in den letzten Jahren immer dynamischer. Drastische technologische, wirtschaftliche und politische Umbrüche zwingen Unternehmen und Organisationen, sich häufiger und schneller den wechselnden Gegebenheiten anzupassen. Wer zu spät kommt, kann seine Ziele nicht mehr erfüllen oder wird gar zur Geschichte.

Wer allerdings in seiner Organisation Veränderungen umsetzen möchte, fühlt sich bald als Kollege von Tantalos und Sisyphos. Bei fast jeder größeren Veränderung reicht die Bandbreite der Reaktionen von massiver Kritik über Boykott, Dienst nach Vorschrift, das Unterlaufen von Anweisungen und innere Kündigung bis hin zur massiven Störung des Betriebsfriedens.

Das ist so, weil Veränderungen Unsicherheit mit sich bringen und verborgene Ängste offenlegen. Es ist klar: „Nicht jeder wird gewinnen." Und niemand garantiert dem Mitarbeiter, dass er die von ihm geforderten Anpassungen auch packt. Außerdem kosten Veränderungen mehr Energie als das Verharren in bestehender Struktur. Eine Kugel im Ruhezustand braucht keine Kraft. Selbst ein fahrender Zug fährt im Leerlauf noch Tausende von Metern. Aber es bedarf eines sehr hohen Kraftaufwands, um das Trägheitsmoment eines stehenden Zugs zu überwinden und diesen in Bewegung zu setzen.

Wer versucht, in seiner Abteilung ohne die Hilfe oder gar gegen den Willen der Mitarbeiter Veränderungen durchzusetzen, fühlt sich wie im falschen Ruderboot. Er fährt einen „Einer mit sechs Steuerleuten" anstatt einen „Sechser mit Steuermann". Es gilt deshalb, die Mitarbeiter nicht nur ins Boot zu holen, sondern auch noch zum Rudern zu bewegen und sich dann darauf zu konzentrieren, das Boot in die richtige Richtung zu steuern.

Und nur ein pro-aktives Informationsmanagement ist der Transmissionsriemen, mit dem dieser Transfer erfolgen kann. Doch bevor es an die Umsetzung geht, sollten Sie mit der schriftlichen Beantwortung der folgenden Fragen die Basis legen:

- Was ist die Mission?
- Welche Ziele ergeben sich daraus für meine Abteilung?
- An welchen Merkmalen können wir die Zielerreichung messen?
- Welche Schritte/Meilensteine sind zur Umsetzung notwendig?
- Welche Instrumente und Ressourcen werden wir einsetzen?
- Wie sieht der zeitliche Rahmen aus?
- Wie können wir eine Feedback-Schleife installieren?

Indem Sie diese Punkte schriftlich festlegen, stellen Sie sicher, dass der Informationstransfer vom übergeordneten Management zu Ihnen erfolgreich war. Sollte

es Ihnen schwerfallen, die Antworten zu notieren, ist das ein deutliches Signal: Klären Sie die Punkte mit dem Verantwortlichen!

Im nächsten Schritt können Sie eine Informationsstrategie erarbeiten, um Ihre Mitarbeiter ins Boot zu holen. Lassen Sie sich dabei vom Motto leiten: Unsicherheit führt zu Angst – Angst führt zu Gegenreaktionen. Die kommende Veränderung ist wie der Scheinriese Tur-Tur bei Jim Knopf und Lukas, dem Lokomotivführer. Je weiter der Scheinriese weg ist, desto größer und furchteinflößender erscheint er.

Lassen Sie deshalb niemanden im Nebel tappen oder im Dunkeln stehen. Informieren Sie umfassend und möglichst konkret. Orientieren Sie sich bei der Erstellung Ihres Informationsbündels an den fünf „W": Die fünf W-Regeln unterstützen Sie dabei, alle Faktoren, die bei der Veränderung eine Rolle spielen, zu durchdenken und so die Mitarbeiter umfassend zu informieren.

Was? Ihnen als Führungskraft ist oftmals klar, was genau passieren wird. Stellen Sie sicher, dass diese Nachricht auch bei jedem beteiligten Mitarbeiter unmissverständlich ankommt. Dazu gehören Vision, Mission und Ziele.

Warum? Je unattraktiver die Veränderung sich auf den Mitarbeiter auswirken wird, desto wichtiger ist es, sie in den Gesamtzusammenhang zu stellen. Weisen Sie auch darauf hin, was passieren könnte, wenn die Veränderung nicht wie geplant umgesetzt werden kann.

Wie? Nehmen Sie der Angst ihren Stachel, indem Sie klar und verständlich erläutern, in welchen Schritten die Veränderung erfolgen wird.

Wann? Je früher Sie beginnen, Ihre Mitarbeiter zu informieren, desto länger können diese sich auf die Veränderung vorbereiten. Vermeiden Sie Überraschungen und stecken Sie schon frühzeitig einen Zeitrahmen ab.

Welche Konsequenzen? Nur noch wenige Menschen sind heute Mitarbeiter aus Berufung. Und selbst diese stellen sich bei jeder Veränderung bewusst oder unbewusst die eine zentrale Frage: Was bedeutet das für mich – worauf muss ich mich einstellen? Verdiene ich mehr oder weniger, wird meine Arbeit einfacher, anspruchsvoller oder mehr? Wie sicher ist mein Arbeitsplatz? Soll ich flüchten oder standhalten?

Doch um Informationen erfolgreich managen zu können, sollten Sie auch auf die Verpackung achten. Langweilige Informationen gehen unter. Machen Sie es spannend und emotionalisieren Sie Ihre Zuhörer. Denn Emotionen sind die Kraftquelle, die es Ihren Mitarbeitern ermöglichen wird, die Erstarrung zu überwinden. In Veränderungsprozessen sind es Neugierde und Leidenschaft, welche die Angst zu überwinden helfen.

Visualisieren Sie deshalb Ihre Nachricht durch Bilder: Diese gehen direkt ins

Unterbewusstsein. Arbeiten Sie mit Geschichten: Menschen lieben Geschichten. Kombinieren Sie möglichst viele Wahrnehmungskanäle, denn eine E-Mail oder ein Aushang erreicht gerade mal 5 Prozent Wahrnehmung. Mit einer konzertierten Aktion „Lesen + Hören + Sehen“ schaffen Sie dagegen schon 50 Prozent. Und wenn Ihre Mitarbeiter dann noch darüber diskutieren und an der Gestaltung des Lösungsprozesses mitwirken, steigt die Wirkungsrate Ihrer Informationskampagne auf 90 Prozent.

Sorgen Sie dann dafür, dass der Ball im Spiel bleibt. Oder, wie es in der Werbung heißt: Es braucht sieben Kontakte, bis ein Kunde kauft. Stoßen Sie also wieder und wieder auf unterschiedliche Art und Weise das Thema an. So stellen Sie sicher, im „Sechser mit Steuermann“ zu sitzen und erfolgreich ins Ziel zu kommen.

Schwerstarbeit: Bewohner mit Übergewicht WS D7

Dietmar Frenk,
Projektberater für Gesundheitsförderung, Herdecke
Christiane Zimmermann,
Abteilungsleitung, Krankenhaus Bethanien, Solingen

Nahezu alle Einrichtungen der Altenhilfe sind auf die bereits gestiegene und weiter steigende Zahl schwergewichtiger Patienten gar nicht oder nur sehr unzureichend vorbereitet. Die „Normalausstattung" der Einrichtungen ist auf Bewohner mit einem Gewicht bis maximal 100 Kilogramm ausgerichtet. Die Gruppe derjenigen, die mehr als 100 Kilogramm wiegen, steigt jedoch kontinuierlich und hat auch die Altenpflege bereits erreicht. Aufgrund von Statistiken, zum Beispiel der Krankenkassen, geht man in Expertenkreisen davon aus, dass es derzeit 250.000 Menschen in der BRD gibt, die bereits mehr als 200 Kilogramm wiegen. Vermutlich wiegen allein 50.000 Menschen über 250 Kilogramm!

Noch sind in erster Linie Krankenhäuser mit dieser Problematik konfrontiert, wenn zum Beispiel schwergewichtige Patienten vom Rettungsdienst notfallmäßig eingeliefert werden. In den meisten Fällen muss dann kurzfristig improvisiert werden, da die sichere Arbeitslast der allermeisten Hilfsmittel und Einrichtungsgegenstände wie Tragen, Betten, Rollstühle, Toiletten oder OP-Tische in der Regel bei 120 Kilogramm, maximal 150 Kilogramm endet.

Im Bethanien Krankenhaus Solingen, einer Klinik für Pneumologie und Allergologie, die in den letzten Jahren bereits einige schwergewichtige Patienten behandelt hatte, nahm die Betriebsleitung diese Erfahrung zum Anlass, sich strategisch auf die wachsende Patientengruppe einzustellen.

Die Betriebsleitung verfolgte mit diesem Projekt mehrere Ziele:
Für die Mitarbeiter:
- Stressreduktion durch gut durchdachte Vorarbeit (Krisenmanagement)
- Reduzierung der Verletzungsgefahr (speziell des Rückens)

Für die Patienten:
- adäquate und sichere pflegerische und medizinische Versorgung
- respekt- und würdevoller Umgang

Im Rahmen eines auf sechs Monate angelegten Projekts wurde mit Unterstützung eines externen Beraters zunächst eine Bestandsaufnahme in einem Workshop durchgeführt:
- Welche Situationen/Probleme mit schwergewichtigen Patienten sind im Haus schon aufgetreten?
- Wie wurden diese gelöst?
- Welche (nicht lösbaren) Probleme gab es?
- Wie haben die Mitarbeiter reagiert?

In einem zweiten Schritt wurde das gesamte Krankenhaus unter folgenden Aspekten analysiert:
- bauliche Bedingungen allgemein, zum Beispiel Statik des Hauses, Tragkraft der vorhandenen Aufzüge

- Patientenzimmer, zum Beispiel Türbreite, Stell- und Lagerungsfläche für Hilfsmittel, wie Spezialrollstuhl oder Lifter, Bewegungsfläche für einen mobilen Lifter, Deckenliftersystem
- Nasszelle, zum Beispiel Türbreite, Montage des Toilettenbeckens, Größe der Duschkabine, Duschhocker mit ausreichender Tragkraft, Haltegriffe, Befahrbarkeit mit einem Lifter
- Badezimmer, zum Beispiel Unterfahrbarkeit der Badewanne für einen mobilen Lifter, Deckenliftersystem
- technische Hilfsmittel, wie sichere Arbeitslast der Betten, Tragkraft der Lifter und Rollstühle, Waage
- kleine Hilfsmittel, zum Beispiel Gleitmatten, Rollbretter, Antirutschmatten
- verstorbene Patienten, zum Beispiel Kühlung, Aufbahrung, Abholung durch den Bestatter
- sonstige Einrichtungsgegenstände und Pflegehilfsmittel, wie OP-Tisch, Röntgentisch, Antidekubitussysteme, Blutdruckmanschetten, Steckbecken, Inkontinenzhilfsmittel
- personelle Voraussetzungen, zum Beispiel Ausbildungsstand des Personals hinsichtlich Transfer- und Mobilisationstechniken/-konzepten (Kinästhetik, Ergonomico, Bobath, Aktivitas)

Ergebnisse des Projekts waren unter anderem:

- Umbau von fünf Patientenzimmern und Nasszellen
- Anpassung der sonstigen baulichen und technischen Ausstattung des Hauses
- Schulung aller pflegerischen und physiotherapeutischen Mitarbeiter
  - nach dem Ergonomico-Konzept (Kinästhetik und Einsatz von kleinen und technischen Hilfsmitteln)
  - im Umgang mit schwergewichtigen Patienten
- Anschaffung kleiner Hilfsmittel
- Erstellung von Handlungsleitlinien

Noch während des Projektzeitraums konnte die Wirksamkeit der Maßnahmen und Vorbereitungen bei einem beatmeten Patienten, der 220 Kilogramm wog, überprüft werden. Dieser „Probelauf" verlief zufriedenstellend, aber noch nicht problemlos. So konnten unmittelbar Verbesserungen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse und Erfahrungen dieses Projekts können weitestgehend auf Einrichtungen der Altenhilfe übertragen werden.

Der Weg zu einer gesunden Organisation: Betriebliches Gesundheitsmanagement im Verbund WS D8

Ulrich Strüber,
Geschäftsführer
Stiftungsbereich Altenhilfe,
v. Bodelschwinghsche
Anstalten Bethel, Bielefeld
Jürgen Lempert-Horstkotte,
Betriebliches Gesundheits-
management,
v. Bodelschwinghsche
Anstalten Bethel, Bielefeld

Die Einführung von betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) erfordert ein systematisches Vorgehen, bei dem Aspekte der Beteiligung unterschiedlicher Mitarbeitergruppen, der Steuerung, der Berücksichtigung der Kernprozesse Diagnostik, Planung, Durchführung von Maßnahmen und Evaluation sowie der nachhaltigen Verankerung in üblichen Managementprozessen beachtet werden müssen. Im Stiftungsbereich Altenhilfe in den von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel wurden Strukturen und Prozesse für ein Gesundheitsmanagementsystem aufgebaut.

Der Stiftungsbereich Altenhilfe

Der Stiftungsbereich Altenhilfe ist eines von mehreren Arbeitsfeldern der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel am Standort Bielefeld. Mit neun Einrichtungen wird das gesamte Spektrum der stationären Altenhilfe abgedeckt – unter anderem gerontopsychiatrische Schwerstpflege, Wachkoma und die Betreuung von alten, suchtkranken Menschen.

570 Mitarbeitende sind in den Einrichtungen tätig. Die Leitung wird jeweils durch eine Einrichtungsleitung zusammen mit Pflegedienst- und Hauswirtschaftsleitung wahrgenommen. In den einzelnen Gruppen tragen sogenannte Pflegekoordinatoren die Verantwortung für die Umsetzung des Pflegeprozesses.

Anlässe für betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung und die Beschäftigung mit der demografischen Entwicklung haben die Notwendig der Bearbeitung verdeutlicht. Das Thema wurde in den von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel in einer Projektstruktur bearbeitet. Allgemeine Grundlagen, Instrumente und Vorgehensweisen wurden erstellt, und in ausgewählten Pilotbereichen – zu denen der Stiftungsbereich Altenhilfe zählt – wurden konkrete Umsetzungen von Maßnahmen erprobt. Wichtig war die Formulierung eines gemeinsamen Grundverständnisses zum BGM: als systematische Intervention, Integration von Verhaltens- und Verhältnisprävention, Partizipation der Mitarbeitenden, Integration in bestehende Strukturen, Zuständigkeiten und Prozesse.

Einführung und Umsetzung

Ein Steuerkreis stellte zunächst sämtliche zur Verfügung stehenden Daten über Gesundheit und Krankheitsgeschehen zusammen und bewertete sie. Diese Diagnostik war Grundlage für die Auswahl der Maßnahmen sowie für örtliche und thematische Schwerpunktsetzungen.

Als „Standardinstrument" wurde die Arbeitssituationsanalyse eingesetzt und erprobt. Mitarbeitende, Einrichtungs-, Pflegedienst- und Hauswirtschaftsleitung haben jeweils konkrete Maßnahmenplanungen erarbeitet und verbindlich durchgeführt und somit eine ganze Reihe sehr konkreter Verbesserungen der Arbeitsbedingungen auf den Weg gebracht. Der Einsatz dieses Instruments wurde unter anderem von einem „Gesundheitstag" begleitet.

Erstmals wurden Rückkehrgespräche erprobt. In einem „Saluto-Workshop“ ging es weiterhin um eine ausschließlich auf gesund erhaltende Arbeitsbedingungen bezogene Zirkelarbeit. Der zunehmenden Zergliederung in Funktionen soll mit Maßnahmen für „Teamzusammenhalt“ begegnet werden. Thema war auch ein Konzept für die Auszahlung von Gesundheitsprämien.

Der Steuerkreis selbst hat die Empfehlung abgeben, seine Funktion in den Ausschuss für Arbeitssicherheit zu integrieren. Daneben soll zukünftig dauerhaft in jeder Einrichtung ein Steuerkreis für maßgeschneiderte Konzepte sorgen.

Erfolgskriterien
Die Gesundheitsberichterstattung hat dazu beigetragen, den überdurchschnittlich hohen Krankenstand sichtbar zu machen und mittels einer systematischen Planung Schwerpunkte für Aktivitäten zu benennen.

Insbesondere durch die Beteiligung von Führungskräften im Steuerkreis wurde das Thema Gesundheit auf die Agenda des Leitungshandelns gesetzt. Dass die Geschäftsführung auch als treibende Kraft den Arbeitskreis geleitet hat, hat die Verbindlichkeit und Wertigkeit des Themas deutlich erhöht.

Die Arbeitssituationsanalyse ist ein geeignetes Instrument für das Arbeitsfeld. Es gelingt, die sehr konkreten, auf den Alltag bezogenen Arbeitszusammenhänge und Belastungen zu erfassen. Sie ist „kurz und knapp“ und es ist möglich, den meisten Beteiligten zu vermitteln, dass eine Reihe belastender Arbeitsbedingungen verbindlich bearbeitet werden kann.

Positiv zu bewerten ist die Schwerpunktsetzung und Konzentration auf einzelne Einrichtungen, um die Erfahrungen dann auf andere zu übertragen.

Sucht im Alter **WS D9**

Thomas Zeickau,
Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle Harburg, Hamburg

Es ist eine hinlänglich bekannte Tatsache, dass Suchtprobleme eines der größten Hindernisse für Selbstbestimmung und Lebensqualität im Alter sind. Zum einen sind Suchtprobleme häufig der Grund für Heimunterbringung in noch relativ jungen Jahren. Zum anderen belegen Studien, dass ein hoher Anteil der Seniorinnen und Senioren in Altenwohn- und -pflegeheimen Psychopharmaka erhält, die zum Teil ein hohes Suchtpotenzial aufweisen. Dabei kommt es nicht selten zu Fehlmedikation und Abhängigkeitsentwicklungen. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen geht davon aus, dass zwei bis drei Prozent der Männer und ein Prozent der Frauen ab 60 Jahren ein schwerwiegendes Alkoholproblem haben, zwischen fünf und zehn Prozent weisen einen problematischen Konsum psychoaktiver Medikamente beziehungsweise Schmerzmittel auf. Mit 15 Prozent ist der Anteil der Seniorinnen und Senioren sehr hoch, die riskant Alkohol konsumieren, sodass das Risiko für zahlreiche Krankheiten deutlich erhöht ist.

Rechnet man die genannten Anteile in absolute Zahlen um, bedeutet das, dass:
- mehr als 2 Millionen Männer und Frauen im Alter von 60 Jahren und älter rauchen
- bis zu 400.000 von einem Alkoholproblem betroffen sind
- 1 bis 2 Millionen Menschen gewohnheitsmäßig psychoaktive Medikamente konsumieren
- 3,5 Millionen Männer und Frauen in der Altersgruppe der 60-Jährigen und Älteren einen riskanten Alkoholkonsum haben

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist zudem davon auszugehen, dass die genannten Zahlen ansteigen werden.

Nur wenige ältere Menschen nehmen bislang angemessene Hilfe in Anspruch. Im Jahr 2004 wurden etwas mehr als 11.000 Männer und Frauen ab 60 Jahren betreut, in den Fachkliniken für Suchtkranke waren es knapp 1.500.

Alkoholabhängigkeit im Alter

In Fachkliniken werden bei alkoholabhängigen Senioren drei mögliche Entwicklungen beziehungsweise Gruppen skizziert:
- Menschen, die seit langen Jahren gewohnheitsmäßig und unauffällig Alkohol trinken, aufgrund altersbedingter physischer und psychischer Veränderungen eine geringere Alkoholtoleranz haben und dann eine Abhängigkeit entwickeln
- bei der zweiten Gruppe haben sich die Suchtprobleme erst im höheren Lebensalter entwickelt, häufig als Reaktion auf Krisen und Belastungen, die nicht adäquat bewältigt werden konnten
- eine dritte Problemgruppe sind langjährig abstinent lebende Abhängige, die unter den Belastungen des Alters rückfällig werden

Sehr viel unauffälliger verläuft eine Medikamentenabhängigkeit, die in der Regel sehr stark vernachlässigt wird.

„Altgewordene" Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen
Eine weitere Gruppe älterer Abhängiger stellt die Gruppe der Menschen dar, die illegale Drogen, wie zum Beispiel Heroin, Kokain und so weiter, konsumiert haben. Vielfach ist die gesundheitliche, psychische und soziale Verfassung dieser Menschen so desolat, dass sie ebenfalls medizinische und psychosoziale Betreuung benötigen. Hier bedarf es spezifischer Konzepte, da sich ihre Lebensbiografie sehr stark von der Zielgruppe der „üblichen" älteren Alkohol- und Medikamentenabhängigen unterscheidet.

Wie kann betroffenen älteren Menschen geholfen werden?
Typisch für Suchtprobleme ist, dass die Betroffenen es lange Zeit vor sich selbst oder anderen nicht wahrhaben oder zugeben wollen. Dies betrifft jüngere und ältere Menschen in gleichem Maße. Wenn ältere Menschen jedoch erkennen, dass sie mit ihrer persönlichen Lebenssituation nicht fertig werden oder die entstandene Abhängigkeit die Schwierigkeiten noch vergrößert oder verzweifelte Angehörige auf eine Behandlungsnotwendigkeit drängen, so ist es trotzdem für die Mehrzahl der Betroffenen nicht leicht, den Weg in Richtung Beratung und Selbsthilfe zu machen. Hier gilt es vor allem, die gängigen Vorurteile abzubauen, die die Nutzung von Hilfsmöglichkeiten für ältere Menschen erschweren.

Behandlungserfahrungen mit älteren Menschen weisen nach Meinung von Fachleuten erstaunliche Ergebnisse auf; die Veränderungsbereitschaft und Lernfähigkeit sind häufig besser als bei jüngeren Menschen.

Pflege und Begleitung suchtabhängiger älterer Menschen – Kreativität ist gefragt!
Das Pflegepersonal nimmt in der Begleitung und Pflege eine Schlüsselrolle ein: Die Pflegerinnen und Pfleger müssen jeden Tag mit den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen umgehen. Deshalb macht es Sinn, sie für diese spezifische Tätigkeit zu befähigen. Das heißt, ihnen ein Interventionsmodell an die Hand zu geben, das es ihnen ermöglichen sollte, leichter mit Pflegekunden, Betroffenen und Angehörigen über Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Alkohol und Medikamenten zu sprechen. Darüber hinaus sind die Vermittlung von Grundwissen zum Thema Sucht und die Möglichkeit der Praxisreflexion wichtig.

Dass das gehen kann, zeigen die Erfahrungen des Modellprojekts „Sucht im Alter", das im Suchthilfezentrum Schleswig, in Kooperation mit der Stiftung für Kirche und Diakonie, über einen Zeitraum von drei Jahren durchgeführt wurde (Kontakt: Hans-Wilhelm Nielsen, Suchthilfezentrum Schleswig).

In Hamburg wurde mit der Fachtagung „Sucht im Alter", die im Dezember 2006 von der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen e.V. durchgeführt wurde, ein ähnlicher Ansatz favorisiert. Noch in den Anfängen befindlich, beginnen Hamburger Träger der Suchthilfe, Beschäftigte der ambulanten und stationären Altenarbeit zu schulen. Ziel ist es, eine Kooperation zwischen der Suchthilfe und der Altenhilfe zu entwickeln und auszubauen. Der Vortrag zum „mobilen coaching-team" auf dem bgwforum 2007 gibt einen ersten Erfahrungsbericht.

Autorin:
Angelika Nette,
Referentin Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e. V., Hamburg

Prävention von Rückenbeschwerden: Im Dschungel der Konzepte

WS D12

Barbara-Beate Beck,
Forum fBB, Hamburg
Ruth Reichenbach,
Beratung und Training, München

Bobath, Kinästhetik, Aktivitas, Rückengerechter Patiententransfer, Rückenschule, Ergonomico – das sind nur einige der Bewegungs- und Präventionskonzepte, die neben anderen Zielsetzungen anstreben, zur Prävention von Rückenbeschwerden bei Menschen beizutragen, die in der Pflege und Betreuung tätig sind. Auch das Handling mit Hilfsmitteln – technischen Hilfsmitteln wie Lifter, Umsetzhilfen oder kleinen Hilfsmitteln wie Gleit- oder Antirutschmatten – leistet einen bedeutsamen Beitrag zur Prävention. Doch welches Konzept eignet sich wann für wen? Der Workshop vermittelt in Theorie und Praxis, was es mit den einzelnen Konzepten auf sich hat und welchen Beitrag sie im Rahmen des Gesundheitsschutzes leisten können.

Die Praxis hat gezeigt, dass jeder Ansatz seine Berechtigung hat. Es ist jedoch in der Realität nicht möglich, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung zu allen Seminaren zu schicken. Zeit, aber sicherlich auch ein immer enger werdender finanzieller und vor allem personeller Rahmen spielen hier eine Rolle. Es kommt jedoch noch ein weiteres Problem hinzu: Alle Ansätze erheben natürlich auch einen gewissen Anspruch auf Alleingültigkeit, betonen aber unterschiedliche Aspekte: Bobath zum Beispiel stellt unter anderem die Wahrnehmungsförderung des Betroffenen in den Vordergrund, während die Rückenschule biomechanische und ergonomische Voraussetzungen des Hebens und Tragens thematisiert. Eine Verknüpfung der verschiedenen Gesichtspunkte findet nur selten statt. Dies führt bei den Praktikern häufig zu der Frage: Was ist denn nun richtig?

Die BGW hat den präventiven Charakter einzelner Aspekte im Rahmen eines Forschungsprojekts untersucht. Herausgestellt hat sich, dass eine integrative Herangehensweise die größtmögliche Belastungsreduzierung bietet. Hier knüpft das Ergonomico-Konzept des Forum fBB an (siehe auch Workshop WS E5).

Es bleibt jedoch zu klären: Wie kann im Betrieb erreicht werden, dass Pflegekräfte vom Wissen (Fortbildung, Unterweisung) zum tatsächlich rückengerechten Handeln kommen – und dies nicht nur kurzfristig motiviert, sondern dauerhaft und nachhaltig? Praxisbeispiele aus der Arbeit der Referentinnen sowie deren Beratungsarbeit in Zusammenarbeit mit der BGW, aber auch der Erfahrungsaustausch mit den Teilnehmern des Workshops geben Impulse für die eigene betriebliche Praxis.

Erfolgsfaktor Gesundheit: Organisationsentwicklung mit LifeCare

WS E1

Karla Kämmer,
Inhaberin von KK Training Beratung Weiterbildung, Essen

Die Mitarbeitenden sind das wichtigste Kapital einer Einrichtung. Nehmen Sie als Verantwortliche diese Aussage ernst, insbesondere unter dem Aspekt der Gesunderhaltung der Mitarbeitenden! Warum? Erstens, weil die Teams in der Altenhilfe immer älter werden und sich Gesundheitsprobleme in diesem Prozess potenzieren, und zweitens, weil gut geplante und systematische Gesundheitsförderung den Mitarbeitenden das Gefühl gibt, wertvoll zu sein.

Wichtige Ziele aus der Sicht des Betriebs sind: Ausfallzeiten senken, Kosten reduzieren und ein Plus an Wohlbefinden und Gesundheit im Arbeitsfeld erreichen.

Verständnis von Gesundheit

Seit jeher haben sich Wissenschaftler mit der Frage beschäftigt, was unsere Gesundheit erhält. Die aktuellen wissenschaftlichen Gesundheitsmodelle (zum Beispiel das Salutogenesemodell nach Antonovsky oder das Anforderungs-Ressourcen-Modell) bestätigen immer noch die Thesen der Antike, indem sie „der Gleichstellung der Kräfte" eine wichtige Rolle zuschreiben. So spricht Antonovsky von Gesundheit erhaltenden Komponenten wie Fitnesszustand, Gesundheitswissen, Lebensweise, sozialer Einbindung, die vom sogenannten Kohärenzgefühl (das Gefühl, dass mein Leben einen Sinn hat und dass ich mein Leben steuern kann) ergänzt werden. Somit bekommen wir ein breites Verständnis von Gesundheit, welches auf der ausgewogenen Mischung verschiedener Qualitäten beruht – ein Leben lang.

Gesetzliche Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Paragraf 20: Betriebliche Gesundheitsförderung, Primärprävention und Selbsthilfe durch die gesetzlichen Krankenkassen
- Sozialgesetzbuch, Siebtes Buch, Paragrafen 1 und 14: Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die gesetzliche Unfallversicherung
- Arbeitsschutzgesetz: Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – regelt die Pflichten der Arbeitgeber sowie Pflichten und Rechte der Arbeitnehmer
- Arbeitssicherheitsgesetz: Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
- Arbeitszeitgesetz: regelt Arbeits-, Pausen- und Erholungszeiten zum Schutz der Gesundheit und zur Flexibilisierung der Arbeitszeit
- Arbeitsstättenverordnung: sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und Hygiene-Regeln für die Einrichtung und den Betrieb von Arbeitsstätten, auch Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz
- Bildschirmarbeitsverordnung

- Beschäftigtenschutzgesetz: Gesetz zum Schutz der Beschäftigten vor sexueller Belästigung am Arbeitsplatz

Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung
Das Gesundheitskonzept sollte auf alle Organisationsbereiche einer Einrichtung ausgerichtet sein und alle Mitarbeitenden einbeziehen. Die Maßnahmen sollten auf einer sorgfältigen Ist-Analyse basieren, die sich auf gesundheitsrelevante Informationen stützt, wie Arbeitsbelastung, subjektiv wahrgenommene Beschwerden, Risikofaktoren, Berufskrankheiten und krankheitsbedingte Fehlzeiten.

Die ersten Schritte auf dem Weg zur betrieblichen Gesundheits- und Bewegungsförderung:

- **Kooperation mit den Krankenkassen**
  Um den Mitarbeitenden den Einstieg in die Prophylaxe zu erleichtern, bieten die Krankenkassen verschiedene Vorsorgemaßnahmen an, die auch direkt vor Ort in den Betrieben durchgeführt werden können.

- **Durchführung von Kinästhetik-Schulungen/Programmen zur Rückenschule/Transferoptimierung/Optimierter Hilfsmitteleinsatz**
  Ein sehr wichtiger Bestandteil der Mitarbeiterfortbildungen in der Pflege ist die Kinästhetik, die zusätzlich zum Ziel einer Aktivierung des Bewohners auch sehr viele Elemente eines „rückengerechten Arbeitsverhaltens" beinhaltet.

- **Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements**
  In Zusammenhang mit betrieblichem Gesundheitsmanagement spricht man von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die in der Praxis in Abstimmung miteinander eingeführt werden sollen. Eine Verhaltensprävention ohne eine vorhergehende Analyse der betrieblichen Strukturen erreicht meist keine langfristig wirkenden Effekte (siehe folgende Zusammenstellungen).

Kategorien verhältnisorientierter Maßnahmen –
Kategorien und Beispiele für Maßnahmen (Schwager, Urdis, 1998):

- Organisationsgestaltung: äußere Rahmenbedingungen, zum Beispiel Gesundheitszirkel, Betriebssportgruppen, psychosozialer Dienst
- Ernährungsangebote: Angebote in Kantinen und Verpflegungsautomaten
- Arbeitsplatzergonomie: Anpassen von Stühlen, Schreibtischen, Bildschirmen
- Arbeitszeitgestaltung: gleitende Arbeitszeit, Schichtplanung
- Laufbahnberatung: berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Lohngestaltung: Beteiligung an Gesundheitskosten
- Formen der Zusammenarbeit: Selbstkontrolle und Entscheidungsspielraum in der Arbeit
- Arbeitsgestaltung: Job-Rotation, aufgabenorientierte Maßnahmen

Weitere Kategorien verhaltensorientierter Maßnahmen (Schwager, Urdis, 1998):

- Umgang mit Sucht: Richtlinien und Hilfestellung für den Umgang mit Alkohol, Tabletten, Rauchen
- Aufklärungs- und Informationsaktionen: Informationen zum Thema Gesundheit
- Herz-Kreislauf-Prophylaxe: Messungen von Blutwerten, Cholesterin, Blutdruck, Gewicht; Ausdauerprogramme
- Weiterbildung zum Thema Gesundheitsförderung: Erweiterung von Fach- und Führungsseminaren um Inhalte der Gesundheitsförderung
- soziale Kompetenz: Schulung der Führungskompetenzen, Konfliktverhalten, Persönlichkeitsbildung
- Umgang mit Stress: Angebote zu Zeitmanagement, Entspannungstechniken
- Bewegungsangebote: Check-ups, Kurzpausen, Rückenschule, interne Fitnessangebote
- Freizeitangebote: Betriebsausflüge, Sportgruppen, Stammtische

Praktische Beispiele von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung im **LifeCare-Konzept**:

Organisatorische Maßnahmen

Körperbezogen:

- Arbeitsplatzgestaltung
- geregelte Dienstzeiten
- Angebot zur entlastenden Körperarbeit
- Massageangebote (Beispiel: Sozial Holding, Mönchengladbach)
- Pausenkultur (Beispiel: Münchenstift gGmbH)
- Minipausen
- Ruheräume

Psychosozial:

- Organisations- und Teamkultur (Beispiel: Bremer Heimstiftung)
- Konfliktkultur
- Stresskultur
- Arbeitsumfeldgestaltung
- systematische Suchtprophylaxe

Stärkung der Stresstoleranz

Körperbezogen:

- gesundheitsfördernde Ernährungsangebote
- geeignetes Getränkeangebot
- Pausenkultur und zeitliche Struktur
- räumliche Bedingungen für Pausen

Psychosozial:

- Arbeit an gemeinsamen Zielen (Beispiel: Lebensweltkonzept)
- Sinnstiftung/gemeinsame Werte/Klausurtage
- Fallbesprechungen
- Supervision

- kollegiale Beratung
- Mitarbeitergespräche
- Zielvereinbarungen
- Feste und Feiern
- Wertschätzung und Dank
- Kreativität fördern

Bewegung und Entlastung
Körperbezogen:
- Betriebssport
- Gesundheitszirkel in Zusammenarbeit mit Gesundheitskassen
- Arbeitssicherheit
- Hilfsmitteleinsatz
- Training in Kinästhetik und Rückenschule
- Mitarbeitende beteiligen, zum Beispiel über Qualitäts- und Gesundheitszirkel

Das „Alles-aus-einer-Hand-Konzept": LifeCare
Wer Gesundheitsförderung aus einem Guss – integriert in die Organisationsentwicklung und aus einer ganzheitlichen Perspektive – möchte, dem sei das KK LifeCare-Konzept ans Herz gelegt. Es berücksichtigt die Dimensionen des EFQM und ist in jedes Qualitätsmanagementsystem integrierbar. Alles auf einen Blick zeigt die Drehscheibe KK LifeCare (wird im Workshop ausgehändigt). Einen Überblick über die Qualitätskriterien von KK LifeCare bietet außerdem die Tabelle.

Die Bedeutung der Bewegung in der Pflege
„Die Erhaltung der Gesundheit beruht auf der Gleichstellung der Kräfte. Gesundheit dagegen beruht auf der ausgewogenen Mischung der Qualitäten." (Aristoteles)

Pflegende haben oft das Gefühl, sich ausreichend zu bewegen: Jede Pflegeperson wird tagtäglich mit verschiedenen Bewegungsformen konfrontiert. Personenbezogen sind alle Bewegungsabläufe, die die Pflegepersonen bei ihrer Arbeit ausüben – häufig verbunden mit viel Stehen, Bücken, Heben und Halten. Übernimmt eine Pflegeperson noch weitere Aktivierungsmaßnahmen beim Patienten, so wird sie zu einem „Übungsleiter", der eine Vorbildfunktion hat und über die Richtigkeit der einzelnen Bewegungsabläufe Bescheid wissen muss.

Die Pflegeperson selbst betreffende Bewegungen beinhalten alle Aktivitäten, die zum Aufbau oder zum Erhalt der Arbeitskraft dienen. Hierbei handelt es sich um alle präventiven Bewegungsmöglichkeiten, die den Mitarbeitenden zur Verfügung stehen, um den eigenen Organismus vital zu erhalten.

Die Bewegungen, die einen Teil der beiden vorherigen beinhalten – und diese werden heutzutage immer mehr in den Arbeitsalltag integriert –, sind zum Beispiel Kinästhetik oder die Bobath-Therapie.

Vorsorgeplanung

Es stellt sich also die Frage, was Pflegende tun können, um die alltäglichen Spannungszustände für sich positiv zu bewältigen. Sie brauchen eine Anleitung zum Aufbau der Widerstandskräfte, die durch Ausdauersport, Entspannungsmaßnahmen, Rückentraining oder „einfach nur" durch die Erweiterung des Verständnisses für ihre körperlichen Reaktionen gewonnen werden können.

Der Organismus teilt die auf ihn einwirkenden Reize in positive oder negative ein. Alles, was nützlich oder angenehm ist, wird positiv gewertet, und alles, was bedrohlich oder überfordernd ist, negativ. Die negativ belastenden Reize werden Stressoren genannt. Da Menschen Individuen sind, ist die Bestimmung von persönlichen Stressoren nicht ganz einfach.

Qualitätskriterien von KK LifeCare

Unternehmenspolitik
- Führungsaufgabe
- Integration in bestehende Management-systeme

Inhalte
- Unternehmens-leitbild
- Führungskräfte stehen hinter den Leitlinien und füllen sie aktiv mit Leben
- Integration in bestehende Organisationsstrukturen und -prozesse
- Regelmäßige Überprüfung der Fortschritte durch die Leitung
- Bestandteil der Aus- und Fortbildung von Führungskräften
- Alle Mitarbeitenden haben Zugang zu gesundheitsrelevanten Einrichtungen (Pausenräume, Kantine u.Ä.)

Personalwesen und Arbeitsorganisation
- Berücksichtigung der Fähigkeiten der MA
- Beteiligung aller Mitarbeitenden

Inhalte
- Vermeidung regelmäßiger Über- und Unterforderung
- Schaffung von Entwicklungsmöglichkeiten
- Unterstützung durch Vorgesetzte
- Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Planung
- Entwicklung eines klaren Konzepts zur Gesundheitsförderung, kontinuierliche Überprüfung und Verbesserung

Inhalte
- Einbeziehung der gesamten Organisation
- Bekanntmachung in allen Bereichen
- Basis aller Maßnahmen ist eine fundierte Analyse

Soziale Verantwortung
- Verantwortung der Organisation im Umgang mit Ressourcen
- Soziale Verantwortung auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene

Inhalte
- Vermeidung schädlicher Auswirkungen auf Mensch und Umwelt
- Aktive Unterstützung gesundheitsbezogener sozialer und kultureller Initiativen

Umsetzung
- Maßnahmen der Verhältnis- und der Verhaltensprävention

Inhalte
- Planung, Umsetzung und Bewertung der Maßnahmen durch einen Steuerkreis o.Ä.
- Festlegung von Zielgruppen und quantifizierbaren Zielen für alle Maßnahmen
- Durchführung und Verknüpfung von Maßnahmen sowohl der Verhältnisprävention als auch der Verhaltensprävention
- Systematische Auswertung und Kontinuierliche Verbesserung aller Maßnahmen

Maßnahmen
s. KK LiefeCare-Scheibe

Ergebnisse
- Messung kurz-, mittel und langfristiger Indikatoren

Inhalte
- Auswirkungen auf die Kundenzufriedenheit
- Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit Arbeitsbedingungen, Arbeitsorganisation, Führungsstil ...
- Auswirkungen auf andere Gesundheitsindikatoren wie Krankenstand, Unfallhäufigkeit, Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten ...
- Auswirkungen auf wirtschaftlich relevante Faktoren wie Fluktuation, Produktivität ...

Voraussetzungen | **Ergebnisse**

Arten von Stressoren:
- physische Belastungen
- psychische Belastungen
- negative Gedanken

Individuelle Maßnahmen (Verhaltensprävention):
Entspannung – in der Situation, unter anderem
- Kurzentspannung statt Zigarette
- mentale Hilfen
- Balance Distanz/Nähe

Lebenshaltung – unter anderem
- Meditation
- Atemarbeit
- Andacht
- autogenes Training
- Yoga
- Qigong

Maßnahmen zur Bewegungsförderung im Unternehmen
Die folgende Auflistung von Bewegungsbeispielen in Unternehmen zeigt einen kleinen Teil der Vielfalt und den integrativen Charakter dieser Maßnahmen:
- Integration von Bewegung und Entspannung in Besprechungen und interne Bildungsmaßnahme der Personalentwicklung
- Durchführung von internen Rückenpräventionsprogrammen
- Mitarbeitersportfeste
- Bewegungspausen am Arbeitsplatz
- Betriebssport

Tipps zur erfolgreichen Umsetzung
Folgende Tipps sind bei Planung und Durchführung von Gesundheitsaktivitäten im Betrieb hilfreich:
- Zentrale Stelle für die strategische Planung der betrieblichen Gesundheit soll die Personalabteilung sein, die in einer engen Kooperation mit der Unternehmensleitung und innerbetrieblichen oder externen Gesundheitsakteuren zusammenarbeitet.
- Die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsprävention sollten offensiv, jedoch auf freiwilliger Basis angeboten werden. Ausnahmen stellen die Betriebsvereinbarungen dar, zum Beispiel das Rauchverbot.
- Binden Sie die Maßnahmen zur Bewegungsförderung in ein Gesamtkonzept mit der Arbeitssicherheit und anderen vorhandenen Gesundheitsangeboten ein.
- Bei Planung, Durchführung und Bewertung von Maßnahmen müssen alle datenschutzrechtlichen Aspekte berücksichtigt werden.

Die hohe Kunst des Managements: Flexibel führen WS E2

Bernd Kwiatkowski,
Training und Beratung,
Pflegemanagement-Seminare,
Mettmann

Von Johann Wolfgang von Goethe stammt folgendes Zitat: „Behandle die Menschen als wären sie, was sie sein sollten, und du wirst ihnen helfen, zu werden, was sie sein können." Der Management-Guru Tom Peters hat es etwas anders ausgedrückt, ist aber zu demselben Ergebnis gekommen: „Vertrauen in die Mitarbeiter motiviert sie und macht aus mittelmäßigen Arbeitskräften gute Mitarbeiter." Tom Peters muss es wissen, denn er hat bereits in den 80er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts untersucht, was die Spitzenunternehmen von mittelmäßigen und schlechten unterscheidet; dabei war gerade die Qualität der Mitarbeiterführung einer der zentralen Erfolgsfaktoren.

Das richtige Führungsverhalten kann gelernt werden. Benötigt wird Handlungskompetenz, die sich aus emotionaler Intelligenz, Fachkompetenz und Methodenkompetenz zusammensetzt.

Im Unternehmensalltag ist ein Phänomen festzustellen: Führungskräfte zeichnen sich meist durch mangelnde Flexibilität hinsichtlich ihres Führungsverhaltens aus und bevorzugen nur einen bestimmten Führungsstil. Es handelt sich hierbei um den Führungsstil, der ihnen besonders gut liegt beziehungsweise aufgrund ihres Menschenbildes zusagt. Sicherlich handelt es sich dabei um einen Führungsstil, der in ausgewählten Situationen auch seine Berechtigung hat und unbedingt zur Anwendung kommen sollte. Es besteht jedoch die Gefahr, dass dieser Führungsstil auch in Situationen zur Anwendung kommt, die weniger geeignet sind. Erfolgreiche Führungskräfte sehen sich dagegen in der Lage, aus unterschiedlichen Führungsstilen auswählen zu können. Sie beherrschen die Anwendung mehrerer Führungsstile und lassen sich dabei von der jeweiligen Situation und nicht von einer vorausgehenden Prägung leiten.

Im Verlauf der Führungsforschung wurden vielfältige Führungsstile identifiziert und favorisiert. Dieser Workshop konzentriert sich auf die im Rahmen einer großen Untersuchung zum Führungsverhalten von Daniel Goleman im Jahr 2000 skizzierten Führungsstile, die erfolgreiche Führungskräfte beherrschen und in der jeweiligen Situation zur Anwendung bringen sollten.

Der autoritäre Führungsstil

„Tun Sie, was ich Ihnen sage!", sagt die autoritäre Führungskraft. Sie lässt keine anderen Meinungen und auch keine Diskussionen zu. Eine autoritäre Führungskraft gibt Anweisungen und befiehlt. Entscheidend ist, dass die autoritäre Führungskraft eine Aufgabe unmissverständlich delegieren muss. Ein Mitarbeiter darf erst gar nicht zu einer Diskussion angeregt werden. Sollte es jedoch zu Verständnisschwierigkeiten kommen, sind selbstverständlich Nachfragen erlaubt.

Wer autoritär führt, handelt kurz und prägnant. Klarheit in den eigenen Aussagen ist hierbei ein entscheidender Erfolgsfaktor. Die Konsequenzen, die aus der überwiegenden Anwendung dieses Führungsstils resultieren, sind ausgesprochen negativ. Sicherlich werden die angewiesenen Tätigkeiten in den meis-

ten Fällen vom betroffenen Mitarbeiter ausgeführt. Es stellt sich jedoch die Frage, mit welchem Engagement und in welcher Stimmung sich Mitarbeiter diesen Aufgaben widmen. Negativ sind vor allem die Auswirkungen auf das Arbeitsklima. Auch wird das Eigen-Engagement der Mitarbeiter durch eine andauernde Anwendung des autoritären Führungsstils gehemmt; langfristig verschwinden Motivation und Eigen-Engagement vollständig. Bei einer ständigen Anwendung wird auch die letzte Verantwortung der Mitarbeiter für das eigene Handeln geraubt.

Mit dem autoritären Führungsstil werden Mitarbeiter zu Marionetten, die Handlungen nur noch dann ausführen, wenn sie diese ausführen müssen. Hier entsteht ein Teufelskreis aus sich selbst erfüllenden Prophezeiungen, die die Anwendung des autoritären Führungsstils weiter bekräftigen. Der Einsatz dieses Führungsstils sollte deshalb im Vergleich zu den anderen Führungsstilen eher selten und wohlüberlegt erfolgen.

Der autoritäre Führungsstil bietet sich zum Beispiel im Rahmen der Überwindung einer Unternehmenskrise an. Wenn es darum geht, Mitarbeiter in einer Krise anzustoßen, dann ist ein autoritärer Führungsstil erforderlich. In vielen Krisen muss eine Führungskraft klar und deutlich den Weg aufzeigen. Des Weiteren besitzt der autoritäre Führungsstil seine Berechtigung im Umgang mit schwierigen Mitarbeitern.

Der autoritative Führungsstil

„Begleiten Sie mich auf meinem Weg!", fordert eine autoritative Führungskraft ihre Mitarbeiter auf. Eine Führungskraft, die autoritativ führt, muss motivieren und für eine Vision begeistern können. Charisma erleichtert die Anwendung dieses Führungsstils. Die Mitarbeiter werden hier als Menschen betrachtet, die Höchstleistungen erbringen können und auch wollen. Letzteres vor allem dann, wenn sie ihren Beitrag auf dem Weg zum Ziel erkennen können und anerkannt haben. Sie haben eine Vision und wollen eine Mission erfüllen. Sie streben nach einem gemeinsamen Ziel.

Goleman konnte in seinen Untersuchungen zeigen, dass die Auswirkungen dieses Führungsstils auf das Klima unter den Mitarbeitern im Vergleich zu den anderen fünf Führungsstilen am deutlichsten positiv sind. Mitarbeitern kann von einer autoritativen Führungskraft ausreichend Freiheit und Selbstständigkeit zugestanden werden, die von vielen Mitarbeitern heutzutage auch eingefordert wird. Der autoritative Führungsstil ist besonders dann gut geeignet, wenn es darum geht, eine Vision zu verwirklichen. Wenn Begeisterung gefragt ist und Höchstleistungen zu erbringen sind, erscheint die Anwendung des autoritativen Führungsstils angemessen.

Der affiliative Führungsstil

„Für mich zählen vor allem die Menschen!", propagiert eine affiliative Führungskraft. Vielen Führungskräften in der Pflege fällt dieser Führungsstil im Vergleich zu den anderen bereits skizzierten besonders leicht.

Traditionell spielen in der Pflege Empathie und die Fähigkeit zum Aufbau von positiven Beziehungen zu Mitmenschen eine ausgesprochen große Rolle. Für einige Pflegekräfte war diese Fähigkeit entscheidend für die Berufswahl. Dies bietet Vorteile in der authentischen Anwendung dieses Führungsstils. In Mitarbeitern wird hier vor allem das Gute gesehen und dementsprechend wird mit Mitarbeitern auch umgegangen. Gründe für negative Auswirkungen dieses Führungsstils auf das Klima der Mitarbeiter lassen sich kaum finden. Ein positives Arbeitsklima ist auf der Grundlage dieses Führungsstils zu erwarten.

Besonders geeignet erscheint die Anwendung dieses Führungsstils, wenn es Verstimmungen zu überwinden gilt. Bei Problemen eines Mitarbeiters sind ein „offenes Ohr" und Empathie geeignete Führungsinstrumente. Auch in besonders belastenden Situationen trägt der affiliative Führungsstil am ehesten zum Unternehmenserfolg bei. Mitarbeitern wird damit Verständnis entgegengebracht, gemeinsam mit der Führungskraft wird nach Lösungen gesucht.

Der demokratische Führungsstil

Die Meinungen der Mitarbeiter zu erfragen und sie zu akzeptieren ist eine wichtige Grundlage des demokratischen Führungsstils. „Was halten Sie davon?", fragt eine demokratische Führungskraft. Mitarbeiter werden von einer demokratisch führenden Persönlichkeit als gleichberechtigte Partner betrachtet. Die Kompetenz und die Kreativität der Mitarbeiter werden anerkannt und gewürdigt. Auf der Grundlage der geprüften Empfehlungen von Mitarbeitern werden Veränderungen vorgenommen, Prozesse optimiert und so weiter. Die Führungskraft als einzig kompetente Persönlichkeit wird nach diesem Führungsverständnis abgelehnt. Den Mitarbeitern wird hier eine große Verantwortung zuteil. Dies folgt der Erkenntnis, dass die Mitarbeiter den größten Einfluss auf den Erfolg eines Unternehmens haben. Die Auswirkungen auf das Arbeitsklima sind auch bei diesem Führungsstil positiv. Denkende Mitarbeiter wollen auch mitdenken. Gibt man ihnen diese Möglichkeit, so wird sich das unweigerlich positiv auswirken.

Wie wichtig dieser Führungsstil ist, wird vor allem auch deutlich, wenn man sich die negativen Konsequenzen vor Augen führt, die dann eintreten, wenn Mitarbeiter der Möglichkeit zur Demokratie beraubt werden. Stellen Sie sich vor, der Urlaubsplan würde nicht demokratisch, sondern autoritär vereinbart. Massive Unzufriedenheit und damit gesteigerte Abwesenheits- und Fluktuationstendenzen sind in diesem Fall vorhersehbar.

Immer dann, wenn die Mitarbeiter die Konsequenzen von Veränderungen zu tragen haben, sollten sie in Entscheidungen miteinbezogen werden. Ein Konsens kann noch vor einer geplanten Veränderung erzeugt werden, die schließlich mit dem Engagement der Mitarbeiter getragen wird. Damit die Wünsche der Mitarbeiter sich in einem realistischen Rahmen bewegen, können Einschränkungen in Bezug auf die Anzahl der Wünsche, Auswahlmöglichkeiten, maximale Kosten und so weiter im Vorfeld vorgenommen werden. Auf diese Weise wird Demokratie unter bestimmten Rahmenbedingungen zugelassen, die für die Umsetzung von entscheidender Bedeutung sind. Eine Zeitvor-

gabe trägt dazu bei, sich nicht in Diskussionen zu verrennen und somit zeitnah zu einer Entscheidung zu kommen.

Der leistungsbetonte Führungsstil

Mit der Aussage „Machen Sie es wie ich, und zwar jetzt!" kann der leistungsbetonte Führungsstil umschrieben werden. Hier geht es ausschließlich darum, von Mitarbeitern Leistung zu verlangen. Belange der Mitarbeiter spielen im Rahmen der leistungsbetonten Führung eine untergeordnete Rolle. „Ohne Rücksicht auf Verluste" werden die Mitarbeiter mit Aufgaben betraut, die sie an das Limit ihrer Leistungsfähigkeit führen. Der Mensch wird von einer ausschließlich leistungsbetont führenden Führungskraft als Maschine betrachtet.

Negative Auswirkungen auf das Arbeitsklima und die Zufriedenheit sind die logische Folge eines dauerhaft stark leistungsbetonten Führungsstils. Für die Bedürfnisse und Wünsche der Mitarbeiter steht hier kein Raum zur Verfügung. Auch die Leistungsfähigkeit wird bei langfristiger Anwendung dieses Führungsstils stark absinken. Wird in dieser Situation versucht, das Leistungsdefizit durch eine Aufforderung zu mehr Leistung zu kompensieren, sind weitere negative Konsequenzen zu erwarten.

Der leistungsbetonte Führungsstil sollte nur kontrolliert und für einen kurzen Zeitraum zur Anwendung kommen. Wenn es darum geht, von einem hoch motivierten Team schnelle Ergebnisse zu bekommen, dann bietet sich dieser Führungsstil an. Authentisch sind in einer solchen Situation die Führungskräfte, die sich selbst ebenfalls engagieren. Die Mitarbeiter müssen erkennen, dass nicht alles an ihnen hängen bleibt. Außerdem sollte eine Führungskraft jederzeit ansprechbar sein und regelmäßig weiter motivieren. Nicht vergessen werden darf, dass gerade in einer solchen Situation die Führungskraft mit gutem Beispiel vorangehen und maximale Unterstützung geben sollte.

Der coachende Führungsstil

Beim coachenden Führungsstil rückt der Mitarbeiter in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. „Versuchen Sie das doch einmal!", motiviert die coachende Führungskraft einen Mitarbeiter. Es geht darum, einen Mitarbeiter auf die Zukunft vorzubereiten. Der Mitarbeiter wird hier als kompetent und leistungsbereit betrachtet. Kein Zwang ist erforderlich. Dem Mitarbeiter werden Hilfestellungen auf dem Weg zu Zufriedenheit und persönlichem Erfolg gegeben.

Dabei sollte berücksichtigt werden, dass der persönliche Erfolg des Mitarbeiters auch zum Unternehmenserfolg beitragen kann. Kompetente Führungskräfte sehen sich in der Lage, sämtliche Potenziale ihrer Mitarbeiter im Unternehmen zu nutzen. Die Auswirkungen auf das Arbeitsklima sind auch hier erwartungsgemäß positiv. Darüber hinaus dürfen von den Mitarbeitern Engagement und Motivation erwartet werden. Positiv müssen auch die erweiterten Fähigkeiten betrachtet werden. Zur Anwendung kommen sollte dieser Führungsstil immer dann, wenn ein Mitarbeiter bestimmte Stärken entwickeln möchte oder Hilfestellungen beim Erreichen seiner Ziele im Unternehmen benötigt.

Fazit

Kein Führungsstil kann als grundsätzlich richtig oder falsch betrachtet werden. Die hohe Kunst des erfolgsorientierten Managements besteht vielmehr in einem flexiblen, situativ angemessenen Führungsverhalten. Beim flexiblen Führen kommt es zunächst darauf an, eine Situation richtig zu interpretieren. Anschließend kann entschieden werden, welcher Stil in dieser Situation am ehesten von einem Führungserfolg gekrönt sein wird. Dabei muss es sich jedoch nicht um einen langwierigen Entscheidungsprozess handeln. Erfolgreiche Führungskräfte entscheiden oft unbewusst, welcher Stil zur Anwendung kommen soll. Hilfreich ist, die jeweils zugrunde liegenden Fähigkeiten zu trainieren und die Wahrnehmungsfähigkeit zu optimieren, um Situationen adäquat interpretieren zu können. Nur dann ist letztlich zu erwarten, dass der für eine bestimmte Situation am besten geeignete Führungsstil zur Anwendung kommt.

Hilfe für die Helfer: Psychische Belastungen erkennen und erfolgreich bewältigen WS E3

Heike Lauber,
Kommunikationstrainerin, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg
Jochen Schönemann,
Psychologe, Universität Heidelberg

Beschäftigte in Altenpflegeeinrichtungen arbeiten täglich mit einem hohen persönlichen Einsatz, um anderen Menschen zu helfen. Dabei sind sie selbst ständig zahlreichen Belastungen an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt. Leider lassen sich gängige Stressauslöser wie Arbeitszeiten und Organisationsstrukturen oder Probleme mit Bewohnern, deren Angehörigen, Vorgesetzten oder Kollegen nicht immer vermeiden. Deshalb ist es wichtig, dass jeder seine persönlichen Stressauslöser kennt und Handlungsalternativen entwickelt, um einerseits persönlich zufrieden zu sein und andererseits weiterhin professionell arbeiten zu können.

In diesem Workshop trainieren die Teilnehmerinnen und Teilnehmern an konkreten Beispielen aus ihrem Pflegealltag, wie sie auslösende Stressfaktoren identifizieren und Handlungsalternativen entwickeln können. Zum Einsatz kommen dabei unterschiedliche Methoden, insbesondere Techniken aus dem Psychodrama [1].

Psychodrama wird in der Psychologie zu den humanistischen Methoden gezählt und ist ausgezeichnet als Methode für die ganzheitliche, systemisch fundierte, integrative Arbeit in zahlreichen Settings geeignet. Gegenüber anderen Methoden zeichnet sich Psychodrama durch einen handelnden Zugang (griechisch drama = Handlung) zum Erleben (griechisch psyche = Seele) des Einzelnen und der Gruppe aus: Das zu bearbeitende Thema wird nicht nur auf der verbalen Ebene, sondern auch durch szenische Darstellung erschlossen.

Auf den ersten Blick ähnelt Psychodrama dem Rollenspiel. Da Psychodrama aber nicht mit künstlich konstruierten Szenarien, sondern mit Szenen aus dem realen Erleben der Gruppenmitglieder arbeitet, wird es als wesentlich realistischer erlebt und ermöglicht eine größere emotionale Erlebnisdichte. Psychodrama schafft einen Kontext, der Emotion und Kognition gleichermaßen anspricht, und wird daher von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern stets als sehr realistisch empfunden.

Psychodrama ist eine Gruppenmethode par excellence, die vielfältige Möglichkeiten für die Arbeit auf der Gruppenebene – aber auch im Einzelsetting – bietet. Selbst wenn ein Protagonist (aktiver Teilnehmer, der das Beispiel einbringt) im Mittelpunkt des Spiels steht, nehmen erfahrungsgemäß alle anderen Gruppenmitglieder als Mitspielerinnen und Mitspieler oder auf dem Wege der Identifikation am Spiel teil und profitieren somit auch für sich selbst.

Zu Beginn des Workshops erarbeiten die Teilnehmer in Anlehnung an das Modell der themenzentrierten Interaktion nach Ruth Cohn [2] ihre individuelle Stressanalyse. Dabei sind folgende Fragen relevant: Was löst bei mir Stress aus? Wo? Wann? Was macht das mit mir? Was sind Einflussfaktoren von außen? Wie sehen meine eigenen, bisherigen Bewältigungsstrategien aus? Wie geht das Arbeitsteam damit um? Danach wird ein kurzer, theoretischer Über-

blick über Entstehung und Auswirkung von Stress [3, 4] gegeben und werden einige gängige Bewältigungsstrategien diskutiert. Daran schließt sich eine praktische Einheit an, in der eingebrachte Fallvignetten (kurze Fallbeispiele) in der Gruppe lösungsorientiert bearbeitet werden. Der Workshop schließt mit einer Reflexion der Teilnehmer über die Umsetzungsmöglichkeiten der verschiedenen Techniken in ihrem jeweiligen Arbeitsbereich.

Literatur

[1] von Ameln F, Gerstmann R, Kramer J: Psychodrama. Springer, 2004

[2] Langmaack B: Themenzentrierte Interaktion. Einführende Texte rund ums Dreieck. BeltzPVU, 2000

[3] Lazarus RS, Folkman S: Stress, Appraisal, and Coping. Springer, 1984

[4] Karasek R, Theorell T: Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. Basic Books, 1990

Aktivierung mit Liftern? Das unterschätzte Hilfsmittel

WS E4

Karsten Schütt,
Liko GmbH, Berlin
Michael Ramm,
Forum fBB, Hamburg

Moderne Lifter bieten heute eine umfassende Hilfestellung für Therapie und Pflege. Gleichwohl wird ihr Einsatz immer noch als passive Maßnahme angesehen und für aktivierende Interventionen häufig als ungeeignet betrachtet. Dieses Informationsdefizit gilt es zu bearbeiten, denn innovative Transfersysteme, wie die hier beispielhaft vorgestellten aus dem Hause Liko, vereinigen drei grundlegende Prinzipien:

- hohe Patientensicherheit
- Entlastung der Pflegenden und Therapierenden
- individueller Ansatz bei der therapeutisch/pflegerischen Aktivierung

Liko Produkte werden mit Pflegekräften und Therapeuten entwickelt, deren praktisches Know-how in die permanente Verbesserung aller Systeme einfließt. Wie eindrucksvoll verschiedene Lifter die Aktivierung von Bewohnern unterstützen oder ermöglichen können, zeigen drei Beispiele.

1. Einsatz eines Tuchlifters mit einem Hebegurt

Ein solches Transfersystem kommt für Bewohner in Betracht, die eine sehr geringe Mobilität und einen schlechten Allgemeinzustand aufweisen. Handelt es sich dann auch noch um einen adipösen Bewohner, ist eine manuelle Mobilisierung nur sehr begrenzt möglich. Ganz anders sieht das bei Einsatz eines Liko Lifters aus – je nach Modell können Lasten bis zu 500 Kilogramm bewältigt werden. Beim Transfer des Bewohners vom Bett in den Roll- oder Toilettenstuhl, der bei entsprechend trainiertem Personal von einer Pflegekraft durchgeführt werden kann, ergeben sich diverse Aktivierungsaspekte – allein durch den Lagewechsel werden bereits verschiedene Aktivierungen vorgenommen. Das Kreislaufsystem, der Verdauungstrakt und das Gehirn werden aktiviert.

Gleichzeitig werden auch Prophylaxen mitabgedeckt:

- Thromboseprophylaxe durch Kreislaufaktivierung
- Dekubitusprophylaxe durch Bewegung des Bewohners
- Pneumonieprophylaxe durch Aufrichtung und Positionswechsel des Bewohners

Außerdem erfährt der Bewohner durch den Anpressdruck des Tuches eine Unmenge taktiler Reize und erhält visuelle Stimuli durch die Lageveränderung.

Da der Bewohner sicher und bequem im Gurt sitzen kann, ist eine Reihe ganz unterschiedlicher therapeutischer Maßnahmen im Gurt (wie Greifübungen, Strecken der Beine) denkbar. Außerdem kann mit allen Liko Liftern auf den Boden und vom Boden transferiert werden, was aktive Therapie auch auf dem Boden problemlos ermöglicht (zum Beispiel Matten-PNF).

Ganz wichtig ist die Wahl des passenden Hebezubehörs, damit sich der Bewohner sicher fühlen kann und nicht eingeengt wird. Für die Adaptation an die

individuelle Situation (Tonus, Spasmusstärke) bietet Liko zum Beispiel verschiedene Rückenhöhen bei den Gurten an, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten.

2. Einsatz einer Positionswechselhilfe und einer Stützweste
Diese kommt dann zum Einsatz, wenn der Bewohner zumindest in einem Bein genügend Spannung hat, dass er mit Hilfe aufstehen kann. Dieser Transfer vom Sitz in den Stand (Vertikalisierung) erfolgt bequem und sicher. Im Hinblick auf die Aktivierung des Patienten und die Prophylaxen zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim ersten Beispiel Tuchlifter. Hinzu kommt, dass nun auch ein Krafttraining erfolgt und einer Kontraktur vorgebeugt werden kann. Die „Sabina" von Liko ist als ein Hilfsmittel in der Pflege konzipiert. Die Pflegekräfte sind mit ihrer Handhabung vertraut und können somit die therapeutische Arbeit ergänzen.

3. Einsatz eines Hebelifters mit Hebeweste oder Lifthose
Diese Variante kommt für Bewohner in Frage, die entweder noch gehen können oder nach Erkrankung wieder Gangsicherheit entwickeln wollen. Für diese Aktivierung sind entweder ein Liko Deckenliftsystem oder aber der „Golvo" von Liko hervorragend geeignet. Mit einer Hebeweste oder Lifthose wird der Bewohner in den Stand gebracht und gesichert. Das Ausmaß der Gewichtsabnahme lässt sich stufenlos an die Belastungsfähigkeit des Patienten anpassen.

Diese Vorrichtungen können unkompliziert mit anderen Therapiesystemen kombiniert werden. Der Therapeut könnte zum Beispiel einen hemiplegischen Bewohner auf einem Laufband durch Faszilitation bei der Erarbeitung eines physiologischen Gangbildes unterstützen, während letzterer durch die Hebeweste gesichert wird. Auch Gleichgewichtsübungen auf unsicheren Unterlagen lassen sich für den Bewohner sicherer und angstfreier gestalten. Gleiches gilt für die aktive Schulung koordinativer Fähigkeiten durch das spielerische Fangen und Werfen zum Beispiel von Bällen. Zu denken ist auch an Menschen mit Gleichgewichtsstörungen oder Fallneigung: Mit der Installation eines Deckenliftsystems in ihrem häuslichen Bereich kann ihnen ein aktives und weitestgehend selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglicht werden.

Zusammenfassung
Auf dem Weg der Rehabilitation stellen unterschiedliche Lifter mit entsprechendem Zubehör eine effiziente Hilfe dar. Bewohner können sicher in eine aufrechte Position gebracht und so aktiv auf ADLs vorbereitet oder entsprechend ihres Leistungsniveaus aktiviert werden. Diese therapeutischen Maßnahmen bieten größtmögliche Sicherheit für den Patienten und den Therapeuten. Aufgrund dieser Sicherheit und der leichten Bedienbarkeit können die Maßnahmen zum großen Teil auch durch das Pflegepersonal als Ergänzung zur eigentlichen Therapie durchgeführt werden.

Ergonomico – für einen schmerzfreien Rücken WS E5

Barbara-Beate Beck,
Forum fBB, Hamburg
Gudrun Engelhard,
Forum fBB, Hamburg

Die Unterstützung von Bewohnern bei der Bewegung im Bett oder aus dem Bett sowie bei Aktivitäten des täglichen Lebens – wie Essen, Ankleiden oder dem Gang zur Toilette – kann mit hohen körperlichen Belastungen für die Pflegekräfte verbunden sein. Diese Pflegehandlungen, aber auch das Heben und Tragen von Lasten, eine ungünstige Arbeitsumgebung beziehungsweise ungünstige Arbeitsabläufe oder Stress und Zeitdruck können bei den Pflegekräften zu Rückenbeschwerden, Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich oder anderen Beschwerden am Bewegungsapparat führen.

Vorbeugen heißt daher die Devise – die körperliche Belastung so gering wie möglich halten, also möglichst alle Tätigkeiten so gestalten, dass sie dem Rücken gerecht werden; eben „rückengerecht" arbeiten. Auch die Gestaltung der Arbeitsumgebung und der Arbeitsabläufe leistet einen Beitrag zur Prävention. Aber wie kann die Umsetzung in die Praxis aussehen? Wie kann Nachhaltigkeit gewährleistet werden? In diesem Beitrag zum bgwforum 2007 wird das Präventionskonzept Ergonomico des Forum fBB vorgestellt.

Das Forum fBB ist ein Unternehmen, dessen Hauptaktivitäten Training und Beratung in den Bereichen Gesundheitsförderung, Arbeitsschutz und Persönlichkeitsentwicklung sind. Das Angebot des Forum fBB beinhaltet unter anderem Maßnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung. Diese Maßnahmen zur Prävention umfassen im Sinne einer ganzheitlichen Herangehensweise:

Analyse zum Beispiel durch Arbeitsplatzbeurteilungen, Gesundheitszirkel, Mitarbeiterbefragung in Bezug auf Belastungen/Gefährdungen unter anderem durch
- Arbeitsplatzgestaltung
- Arbeitsorganisation
- Kommunikation
- Führungsverhalten
- Bewegungsverhalten

Beratung zum Beispiel zur Gestaltung von Arbeitsplätzen, zur Auswahl von Arbeits- beziehungsweise Hilfsmitteln, zu Arbeitsabläufen, zur Organisation der Arbeit, zur Entwicklung eines Gesamtkonzeptes

Konzeption zum Beispiel von Workshops oder Seminaren, Projekten

Durchführung zum Beispiel von Gesundheitszirkeln, Aktionstagen, Seminaren, Workshops, Praxisbegleitungen, Einzel-Coachings, Projekten

Evaluation zum Beispiel durch Fragebögen und/oder Interviews

Mit dem Thema „Prävention von Rückenbeschwerden in der Pflege und Betreuung" werden verschiedene Berufsfelder angesprochen:

- Krankenpflege
- Altenpflege
- ambulante Pflege und Betreuung
- Betreuung von Menschen mit Behinderungen
- Betreuung von Kindern mit Behinderungen
- Rettungsdienst und Krankentransport

Die Seminare

Vorzugsweise sind die Seminare in ein Gesamtkonzept zur Förderung der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz eingebettet, mindestens aber in ein Gesamtkonzept zur Prävention von Muskel- und Skelett-Erkrankungen im Betrieb; denn nur wenn die Rahmenbedingungen entsprechend gestaltet sind, können verhaltensbezogene Maßnahmen wie diese Seminare eine langfristige Wirksamkeit entwickeln. Mögliche Maßnahmen auf der technischen/baulichen und organisatorischen Ebene zur Prävention von Rückenbeschwerden beziehungsweise von körperlichen Beschwerden durch physische Belastungen sollen einbezogen werden.

Ergonomico – das Seminarkonzept

Dem Konzept liegt aus pädagogischer Sicht ein handlungs- und erfahrungsorientierter Ansatz der Vermittlung unter anderem im Rahmen der Seminare und Praxisbegleitungen zugrunde. Um die Umsetzung in den Lebensalltag der Pflegekräfte und Betreuer zu sichern, orientiert es sich für deren Gesundheitsförderung am Lifestyle-Konzept.

Im Sinne der Salutogenese wird für die Pflegekräfte erarbeitet, was den Rücken (beziehungsweise den Bewegungsapparat) gesund hält. Die Grundprinzipien der Biomechanik sowie die Entlastung durch den situationsorientierten Einsatz von Hilfsmitteln wie Gleitmatten, Rutschbrettern oder auch Liftern haben hier eine besondere Bedeutung. Für die Veränderung des Bewegungsverhaltens sind die Verbesserung der Körperwahrnehmung und eine Bewegungs- sowie Koordinationsschulung elementare Voraussetzungen.

Um auch die Ressourcen der zu Pflegenden zu erhalten und zu verbessern, berücksichtigt das Konzept die Erkenntnisse zu deren Gesundheitsentwicklung sowohl aus dem Bobath-Konzept als auch aus der Kinästhetik. Durch die Entwicklung und Ausnutzung der Bewegungs- und Wahrnehmungsressourcen der zu Pflegenden wird wiederum auch die Pflegekraft körperlich entlastet. Vorrang vor rehabilitativen beziehungsweise therapeutischen Aspekten hat jedoch die Sicherheit der Pflegekräfte und der zu Pflegenden. Die Verknüpfung von Theorie und Praxis steht immer im Mittelpunkt.

Durchführung
Durchgeführt werden Grund- und Aufbauseminare für die verschiedenen Zielgruppen mit einem jeweils entsprechenden Seminarkonzept. Die Inhalte haben eine einheitliche Basis, sind jedoch zielgruppenspezifisch modifiziert. Für Funktionsdienste (wie zum Beispiel physikalische Therapie, Ergotherapie) existieren angepasste Konzepte. Darüber hinaus sind Spezialisierungsseminare für Multiplikatoren und thematische Schwerpunktseminare verfügbar. Diese Seminare werden bundesweit innerbetrieblich und überbetrieblich durchgeführt. Um eine Nachhaltigkeit zu erzielen, wird angestrebt, möglichst viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Einrichtung zu qualifizieren; dazu dienen auch die weiterführenden Praxisbegleitungen, Arbeitsgruppen und Refresher-Tage. Ergänzend werden Seminare zum Beispiel zum Heben und Tragen von Lasten und zum Umgang mit technischen und kleinen Hilfsmitteln oder auch eine Rückenschule angeboten.

Die Seminare werden ausschließlich von Trainerinnen oder Trainern des Forum fBB durchgeführt. Diese sind Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Pflegekräfte. Alle haben entsprechende Fort- und Weiterbildungen, wie zum Beispiel zu Kinästhetik, Bobath, Rückenschule, Ergonomie, Basale Stimulation et cetera; hinzu kommen Ausbildungen im Bereich Pädagogik (Lehrer für Pflegeberufe, Berufspädagogik) und/oder Beratungstätigkeit. Das Forum fBB bildet selbst auch Trainerinnen und Trainer aus.

Seminar für Führungskräfte und Entscheidungsträger
Das Seminar dient der Sensibilisierung für das Spannungsfeld Prävention von Rückenbeschwerden und versetzt die Teilnehmer in die Lage, ein individuelles betriebsbezogenes Konzept zu entwickeln.

Seminar für Pflegekräfte
Im Rahmen dieses Seminars entwickeln die Teilnehmerinnen und Teilnehmer individuelle Möglichkeiten, das Heben und Tragen von Menschen weitgehend zu vermeiden und durch ein Bewegen von Menschen zu ersetzen. Sie entdecken Möglichkeiten, sich unter Berücksichtigung der biomechanischen Aspekte kräftesparend und rückengerecht bei den Pflegeaktivitäten zu bewegen, aber auch unter Berücksichtigung der Erkenntnisse des Bobath-Konzepts und der Kinästhetik in der Pflege die verbleibenden Wahrnehmungs- und Bewegungsressourcen des zu Pflegenden zu nutzen und zu entwickeln. Es werden sowohl die Sicherheit als auch die Gesundheitsförderung von Pflegekraft und zu Pflegenden angestrebt; auch indem kleine und/oder technische Hilfsmittel eingesetzt werden. Im Vordergrund steht die Entwicklung der Kompetenz der Pflegekraft für ein der jeweiligen Pflegesituation individuell angepasstes rückengerechtes und sicheres Verhalten, das heißt, es geht um Situations- und nicht um Methodenorientierung.

Qualifizierung von Ergonomie-Beauftragten

Im Rahmen dieser Qualifikation werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege/Therapie zu Experten für das Thema Prävention von Rückenbeschwerden durch rückengerechte Arbeitsweise nach dem Ergonomico-Konzept ausgebildet. Sie können dann im Betrieb beziehungsweise auf dem Wohnbereich als kollegialer Ansprechpartner in Bezug auf die rückengerechte Arbeitsweise, die Auswahl und den Einsatz von Hilfsmitteln und die Arbeitsplatzgestaltung fungieren.

Zusammenarbeit

Das Forum fBB arbeitet eng mit der BGW, zahlreichen Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand sowie verschiedenen Krankenkassen und anderen Institutionen im Bereich Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit zusammen.

Sicher ankommen: Pkw-Fahrten in der ambulanten Pflege

WS E6

Dr. Katrin Krämer,
IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
Lars Welk,
BGW, Hamburg

Ohne Auto läuft in der ambulanten Pflege meist nichts. Um an ihren Arbeitsplatz zu kommen, müssen ambulante Pflegekräfte mehr oder weniger lange Strecken mit dem Pkw fahren. Auch wenn die Fahrten oft als eine willkommene Abwechslung geschätzt werden, bergen sie ein nicht unerhebliches Unfallrisiko. Insbesondere wenn die Pflegenden unter Zeit- und Leistungsdruck stehen. Dies ist nach Ergebnissen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – Ambulante Pflege eher die Regel als die Ausnahme.

Einführung

In ambulanten Diensten sind nahezu zwei Drittel aller bei der BGW gemeldeten Arbeitsunfälle Dienst- oder Wegeunfälle. Das häufige Auftreten von Dienst- und Wegeunfällen mit dem Pkw ist auf die hohe Nutzung des Pkws zurückzuführen. Die überwiegende Mehrheit der im DAK-BGW Gesundheitsreport 2006 Befragten fährt mit dem Pkw, um die Wege zu beziehungsweise zwischen den Klientenwohnungen zurückzulegen (94,3 Prozent). Die Befragten geben an, in einer Arbeitswoche zwischen 2 und 1.500 Kilometer auf Pkw-Fahrten zwischen den Klientenwohnungen zurückzulegen. 227 Kilometer werden im Durchschnitt pro Woche zurückgelegt. In ländlichen Gegenden liegt die Anzahl der zurückgelegten Kilometer deutlich darüber.

Gefahren hinterm Steuer

Das Autofahren wird von Pflegekräften ambulanter Pflegedienste – anders als oft vermutet – nur selten als belastend wahrgenommen. Dennoch sollte – nach den Ergebnissen des DAK-BGW Gesundheitsreports 2006 – nicht außer Acht gelassen werden, dass unvorhergesehene Ereignisse im Straßenverkehr wie Staus, Parkplatzsuche oder schlechte Witterung zu Behinderungen und Zeitdruck führen können. Gleichzeitig kann die Angst vor einem Autounfall in gefährlichen Situationen Stress auslösen. Stress im Straßenverkehr und belastende Ereignisse im Umgang mit den pflegebedürftigen Klienten können sich gegenseitig verstärken und zu einem erhöhten Unfallrisiko im Straßenverkehr führen.

Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit in der ambulanten Pflege

Was also tun, wenn ein Termin den anderen jagt, die Zeit mal wieder knapp ist und gestresste Pflegekräfte sich womöglich müde und unkonzentriert ans Steuer setzen? In der ambulanten Pflege legt die BGW einen Schwerpunkt auf die Sensibilisierung und Beratung von Pflegekräften. Mit verschiedenen Angeboten unterstützt der Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement (GuM) ambulante Dienste bei der Prävention von Dienst- und Wegeunfällen.

Die Präventionsangebote richten sich an alle Mitgliedsbetriebe aus der ambulanten Pflege. Im Vordergrund stehen die Aspekte Fahrsicherheit und Fahrzeugsicherheit. Die BGW verfolgt das Ziel, Verkehrssicherheit als betriebliches Thema in ambulante Dienste zu transportieren und dort mit den Aufgaben Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Arbeitsorganisation zu verknüpfen. Ein-

zelne Maßnahmen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit können zum Beispiel sein:

Technische Maßnahmen
- Fahrzeuge regelmäßig von Fachpersonal warten lassen
- Mindestausrüstung (Warndreieck, Warnweste, Verbandkasten) sicherstellen
- jahreszeitlicher Wechsel von Sommer- und Winterreifen

Organisatorische Maßnahmen
- mit den Mitarbeitern gemeinsam den Routenplan erstellen
- Pausen in der Einsatzplanung vorsehen
- Einweisungen und regelmäßige Unterweisungen
- Durchführung von Workshops, in denen Pflegekräfte eines Dienstes aktiv Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und zur Vermeidung von Arbeitsunfällen erarbeiten können

Personenbezogene Maßnahmen
- Teilnahme an Seminaren zum Erlernen von Strategien für einen verbesserten Umgang mit Stress und Emotionen
- Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings und damit Schulung eines sicheren Fahrverhaltens

Fahrsicherheitstraining
Ein überaus erfolgreiches Präventionsangebot der BGW ist seit vielen Jahren die Bezuschussung von Fahrsicherheitstrainings. Neben einer Theorieauffrischung lernen die Teilnehmer auf speziell ausgerüsteten Übungsplätzen mit dem eigenen Auto
- Gefahrensituationen frühzeitig zu erkennen,
- Straßenverhältnisse rechtzeitig einzuschätzen, damit Nässe und Kälte sie nicht überraschen,
- in kritischen Situationen richtig zu bremsen,
- auszuweichen, falls es zum Bremsen bereits zu spät ist,
- Kurven optimal zu fahren, um ein Ausbrechen des Fahrzeugs zu verhindern.

Das Fahrsicherheitstraining dauert einen Tag. Mit seiner Durchführung sind spezielle, durch die BGW ausgewählte Veranstalter beauftragt. Auf den Trainingsplätzen lassen sich kritische Situationen realistisch und gefahrlos simulieren. Die Nachfrage nach Fahrsicherheitstrainings ist dabei ungebrochen groß: Von 2000 bis 2006 hat sich die Anzahl an BGW-Teilnehmern von 5.000 auf rund 12.000 mehr als verdoppelt.

Das Anmeldeformular zum Fahrsicherheitstraining lässt sich aus dem Internet herunterladen unter: http://www.bgw-online.de – Suche: Fahrsicherheitstraining.

Potenziale nutzen: Alternsgerechte Arbeitsgestaltung

WS E7

Dr. Andreas Zimber,
Personal- und Organisationsentwicklung, Heidelberg

Belegschaften altern ganz „natürlich", wenn die Unternehmensleitung keine Gegenmaßnahmen ergreift – oder sie nicht ergreifen kann, weil die Spielräume dafür immer enger werden. Müssen Pflegebetriebe nun lernen, mit einem „notwendigen Übel" umzugehen? Oder gilt es vielmehr, das Potenzial älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Zukunft noch besser zu nutzen? Der folgende Beitrag zeigt beispielhaft, wie Pflegebetriebe mit den Herausforderungen einer alternden Belegschaft vorausschauend umgehen können.

Ältere Pflegekräfte werden zunehmend gebraucht

Die Belegschaften in deutschen Unternehmen werden immer älter. Während das Angebot an jüngeren Arbeitskräften aus demografischen Gründen deutlich schrumpft, nimmt der Anteil der über 50-Jährigen sprunghaft zu. Diese Entwicklung macht auch vor ambulanten Diensten, Krankenhäusern und stationären Altenhilfeeinrichtungen nicht halt. Schon heute ist etwa jede vierte Pflegekraft 50 Jahre oder älter.

Vieles spricht dafür, dass die Pflegebranche von dem Phänomen alternder Belegschaften besonders hart getroffen wird:

- Aufgrund der angespannten wirtschaftlichen Lage in vielen Gesundheitsbetrieben hat die Fluktuation in den letzten Jahren abgenommen, sodass auf diesem Weg nur wenig jüngere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachkommen.
- Jüngere Arbeitskräfte meiden die Pflegeberufe wegen deren nach wie vor ungünstigem Image; so kann der künftige Bedarf an Pflegefachkräften wohl kaum noch mit Ausbildungsabsolventen gedeckt werden.
- Bisher schied ein beträchtlicher Teil der Pflegekräfte wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig aus dem Berufsleben aus. Durch die rechtlichen Veränderungen beim Rentenzugang werden die Möglichkeiten einer Frühberentung massiv eingeschränkt, teilweise sogar ganz abgeschafft. Ein reales Renteneintrittsalter von 65 Jahren, vielleicht sogar ein noch höheres Alter, dürfte auch in den Pflegeberufen in absehbarer Zeit zur Regel werden.

Die Pflegebetriebe sind also zunehmend auf ihre älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer angewiesen. Sie müssen dafür sorgen, dass diese dem Unternehmen möglichst bis zum Rentenalter erhalten bleiben.

Alte Hasen oder altes Eisen?

Was diese Entwicklung jedoch konkret für die Betriebe bedeutet, wird dem Pflegemanagement erst allmählich bewusst: Vor allem sieht es wachsende Kosten auf sich zukommen, insbesondere aufgrund der Regelungen im BAT. Ungünstig auf die Personalkosten schlägt sich auch der Umstand nieder, dass der Krankenstand, der in den Pflegeberufen ohnehin schon überdurchschnittlich hoch ist, mit dem Alter der Beschäftigten zunimmt. Ältere sind zwar nicht häu-

figer krank als Jüngere; wenn sie erkranken, sind sie jedoch im Durchschnitt länger arbeitsunfähig.

Diese einseitig wirtschaftliche Betrachtung lässt jedoch mehrere Tatsachen außer Acht, die ältere Pflegemitarbeiter und -mitarbeiterinnen nicht nur als Kostenpunkt, sondern auch als wertvolle Ressource erscheinen lassen. Ältere Pflegekräfte
- empfinden ihr Verhältnis zu Haus- und Pflegedienstleitung deutlich positiver als jüngere,
- identifizieren sich stärker mit ihrer Einrichtung,
- zeigen eine geringere Fluktuationsneigung,
- scheinen sich den Pflegebedürftigen emotional stärker zuzuwenden und empfinden dann stärker, dass wiederum „etwas zu ihnen zurückkommt",
- können der drohenden Burn-out-Gefährdung mehr entgegensetzen als Jüngere.

Das Pflegemanagement tut also gut daran, die häufig geäußerten Vorurteile gegenüber älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu überdenken und diese nicht nur als Last, sondern als wichtige Stütze anzusehen. In einer Literaturanalyse zeigte sich allerdings auch, dass Pflegekräfte ab 50 Jahren nicht ohne Zutun des Betriebs zu Aktivposten werden – die genannten Stärken kommen nur zur Geltung, wenn für günstige Arbeitsbedingungen gesorgt wird.

Eine berechtigte Sorge von Personalverantwortlichen besteht in der Frage, was passiert, wenn diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihren wohlverdienten Ruhestand gehen. Für die Pflegeunternehmen geht dann häufig wertvolles Erfahrungswissen verloren. Besonders gravierend wirkt sich der Verlust aus, wenn die Belegschaft altersmäßig nah beieinander liegt und dann in kurzer Folge aus dem Betrieb ausscheidet. Eine wirksame Gegenstrategie gegen diesen drohenden Wissensverlust besteht zum einen darin, für einen „gesunden Altersmix" in der Belegschaft zu sorgen, damit sich das beschriebene Risiko besser verteilt. Zum anderen müssen Leitungskräfte rechtzeitig Maßnahmen auf den Weg bringen, Ältere zu veranlassen, ihr Wissen an Jüngere weiterzugeben. So verbleibt zumindest ein großer Teil des Erfahrungswissens dort, wo er hingehört: im Betrieb.

Das EQUAL-Modellprojekt

Wie Pflegebetriebe konkret zur Erhaltung ihrer Ressource „ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer" beitragen können, war zentrales Thema des inzwischen abgeschlossenen Modellprojekts „Alternsgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege". Es sollte Träger von Pflegeheimen und ambulanten Diensten dabei unterstützen, die Arbeitsplätze so zu gestalten, dass die Ressourcen und Kompetenzen älterer Arbeitnehmer besser genutzt werden können. Im Fokus standen auch Ansätze zur Entlastung älterer Pflegekräfte und zur Vermeidung von körperlichen und psychischen Ermüdungsphänomenen.

Das Modellprojekt gliederte sich in zwei Phasen: In der ersten Phase wurden in einem Bericht die Belastungen und Kompetenzen älterer Pflegepersonen sichtbar gemacht und praxistaugliche Gegenstrategien aufgezeigt. Als theoretische

Grundlage wurde das Konzept der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit von finnischen Arbeitswissenschaftlern gewählt.

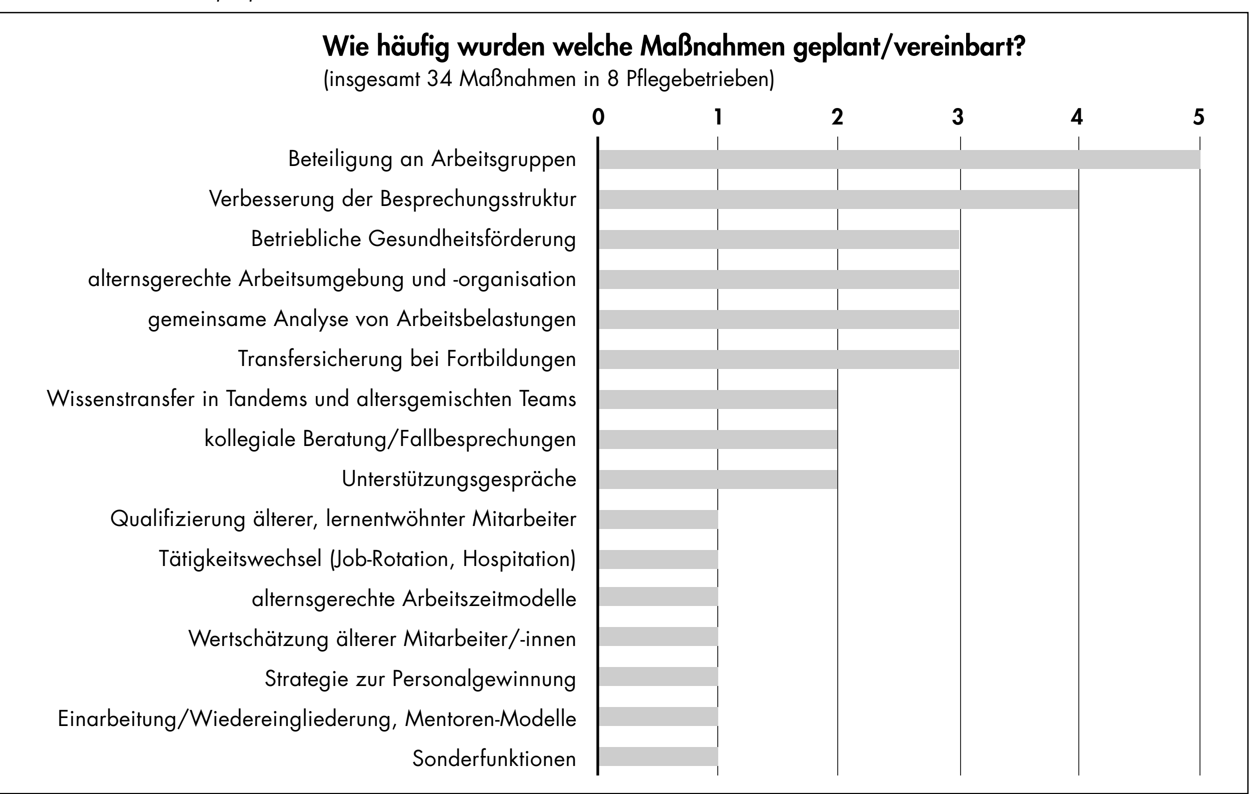
In der zweiten Projektphase wurden Maßnahmen für ältere Pflegekräfte im Rahmen von je zwei Workshops in drei stationären und fünf ambulanten Pflegeeinrichtungen in Baden-Württemberg umgesetzt. Grundlage für die Maßnahmenauswahl war eine umfangreiche Datenerhebung zu den Betriebs- und Personalstrukturen („Organisationscheck") sowie zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit sämtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter („Mitarbeitercheck"). Der Prozess wurde von betriebsinternen sowie einrichtungsübergreifenden Steuerkreisen initiiert und begleitet.

Die im Projekt gewonnenen Erfahrungen wurden in den einrichtungsübergreifenden Steuerkreisen und im Rahmen einer Fachtagung auf ihre Verallgemeinerbarkeit überprüft und in einer Handreichung veröffentlicht.

Erfahrungen aus den acht Pflegebetrieben

Das Vorgehen in den Workshops orientierte sich konsequent am Bedarf der Pflegebetriebe. Insofern überrascht es kaum, dass in den acht Betrieben abhängig von der jeweiligen Problemlage recht unterschiedliche Maßnahmen vereinbart wurden (siehe Abbildung): Das Spektrum reichte von der Beteiligung älterer Beschäftigter an Arbeits- und Projektgruppen bis hin zur Einrichtung von Sonderfunktionen (zum Beispiel Qualitäts- oder Hygienebeauftragte), durch die ein Belastungswechsel und somit eine längere Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ermöglicht wird. Wie diese Maßnahmen konkret ausgestaltet werden können, ist in der erwähnten Handreichung nachzulesen.

Abbildung:
Maßnahmenspektrum im Modellprojekt



Trotz aller Unterschiede in der Auswahl der Maßnahmen wurden in allen beteiligten Betrieben vergleichbare Erfahrungen gemacht, wie bei der Einrichtung alternsgerechter Arbeitsplätze vorgegangen werden sollte:

1. Strategie: Interessen von Alt und Jung zum Thema machen
Der erste Schritt auf dem Weg zur alternsgerechten Arbeitsgestaltung ist die Sensibilisierung für die Rolle älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In vielen Pflegebetrieben sorgen bereits heute Verteilungskonflikte zwischen Jung und Alt für Spannungen, die allerdings nicht offen behandelt werden. Wie kontrovers dieses Thema gesehen wird, verdeutlichen folgende Kommentare von Workshop-Teilnehmerinnen: „Ältere Mitarbeiter dürfen nicht ausschließlich auf Kosten der jüngeren entlastet werden." (Kommentar einer jüngeren Pflegekraft) „Ältere Mitarbeiter werden heute oft nur noch als Belastung angesehen – und manchmal fehlt einfach der Respekt vor diesen Mitarbeitern." (Kommentar einer älteren Pflegekraft)

Bei diesen Konflikten halten sich Leitungskräfte häufig aus der Schusslinie: „Niemand, ob Alt oder Jung, soll bei uns bevorzugt oder benachteiligt werden." Dies hat allerdings zur Folge, dass der Konflikt an das Team weitergegeben wird und bei der täglichen Arbeit wertvolle Energien bindet. Das Dilemma, einerseits eine „altersfreundliche" Unternehmenskultur herzustellen, bei der Ältere für ihre Erfahrungen und Verdienste Anerkennung erhalten, ohne andererseits den Jüngeren einseitig Lasten aufzubürden, kann nur im betrieblichen Konsens gelöst werden.

2. Strategie: Mitarbeiter an der Gestaltung beteiligen
Eine zentrale Erkenntnis aus den Workshops war die Notwendigkeit einer aktiven Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an betrieblichen Entscheidungen. Die Vorteile dafür liegen auf der Hand: Die Entscheidungen sind qualitativ besser, weil mehr Informationen, Erfahrungen und Perspektiven zusammenkommen; sie werden von denen, die sie „vor Ort" umsetzen müssen, besser akzeptiert und sind damit belastbarer; die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter wird gefördert; nicht zuletzt wird die Mitarbeiterbeteiligung als Anerkennung und Wertschätzung erlebt.

Personalverantwortliche betrachten diese Strategie allerdings häufig mit gemischten Gefühlen, weil sie einen höheren zeitlichen Aufwand, mögliche Schwierigkeiten und Widerstände bei der Belegschaft erwarten. Manchmal sind sie auch mit den dafür erforderlichen Methoden, zum Beispiel der Besprechungsmoderation, zu wenig vertraut. Für diesen Fall müssen sich Führungskräfte dazu befähigen lassen, Beteiligungsprozesse professioneller zu steuern und dadurch das Potenzial ihrer Mitarbeiter besser auszuschöpfen. Wie viel hier im Rahmen des Möglichen liegt, zeigen Erfahrungen aus den Workshops: Der äußerst knappe Zeitrahmen (zweimal etwa dreieinhalb Stunden) zwang die Beteiligten zu einem zügigen und ergebnisorientierten Vorgehen. Kommentar einer Teilnehmerin: „Ich hätte nie gedacht, dass man in so kurzer Zeit zu so konkreten Ergebnissen kommen kann."

3. Strategie: Bereits bei den Jüngeren anfangen

Oft reagieren Betriebe erst dann, wenn sich Probleme in der Altersstruktur oder der Arbeitsbewältigungsfähigkeit älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter offen manifestieren. Meistens ist dann schon „das Kind in den Brunnen gefallen": Die langjährig Beschäftigten sind ausgelaugt, der Krankenstand liegt hoch und muss von den jüngeren Kolleginnen und Kollegen aufgefangen werden, was für Spannungen im Team sorgt. Wie arbeitswissenschaftliche Befunde zeigen, kumulieren sich Belastungen über den gesamten Erwerbsverlauf. Eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung betrifft daher alle Mitarbeiter, nicht nur die älteren. Oder, wie eine Workshop-Teilnehmerin treffend bemerkte: „Wir werden alle älter. Ausschlaggebend ist nur, was unser Betrieb dafür tut, dass das Älterwerden im Beruf gelingt!"

Literatur

Berger G, Zimber A: Alter(n)sgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Wege zur Stärkung der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit (nicht nur) der älteren Mitarbeiter/innen. Bericht im Rahmen des EQUAL-Modellprojekts Altersgerechte Arbeitsplätze. Stuttgart, 2004. Im Internet: http://www.equal-altenhilfe.de

Buck H: Alternsgerechte und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – ausgewählte Handlungsempfehlungen. In: Morschhäuser M (Hrsg.): Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik. Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2002: 73-85

Ilmarinen J, Tempel J: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA, 2002

Köchling A: Leitfaden zur Selbstanalyse altersstruktureller Probleme in Unternehmen. Gesellschaft für Arbeitsschutz- und Humanisierungsforschung mbH, 2003

Krämer K: Lebensarbeitszeitgestaltung in der Altenpflege. Handlungsleitfaden für eine alternsgerechte Personalentwicklung. Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2002. Im Internet: http://www.demotrans.de

Morschhäuser M (Hrsg.): Gesund bis zur Rente. Konzepte gesundheits- und alternsgerechter Arbeits- und Personalpolitik. Broschürenreihe Demographie und Erwerbsarbeit. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2002

Riechenhagen G: Länger gesünder arbeiten. Handlungsmöglichkeiten für Unternehmen im demografischen Wandel. Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes NRW, 2003

Zimber A, Berger G: Alternsgerechte Arbeitsplätze in der Altenpflege. Eine Handreichung für Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse eines Modellprojekts im Rahmen des EQUAL-Projekts „Dritt-Sektor-Qualifizierung in der Altenhilfe in Baden-Württemberg". Diakonisches Werk Württemberg e.V., 2005. Im Internet: http://www.equal-altenhilfe.de

qu.int.as® in der Praxis: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement erfolgreich verknüpfen WS E8

Wolfgang Heckel,
Management Beratung Heckel, Hohenstein-Ernstthal
Jörg Stricker,
Christliches Jugenddorfwerk Deutschland e.V., Perleberg

Schon der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems (QMS) ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Wenn dann, wie beim BGW-Angebot qu.int.as, auch noch der Arbeitsschutz (AS) integriert werden soll, reagieren viele Unternehmen skeptisch. Können Pflegebetriebe diese Anforderungen überhaupt bewältigen? Die Praxis zeigt: Leichter geht es mit einem soliden Projektmanagement und professioneller Unterstützung.

Arbeitsschutz als eine ökonomische und innovative unternehmerische Aufgabe

Am Anfang steht die Entscheidung der Unternehmensleitung, ein integriertes QMS aufzubauen. Ist eine externe Unterstützung unbedingt notwendig?

Die gesetzlichen Anforderungen im Arbeitsschutz, die durchzuführenden Maßnahmen und die Prävention sind in vielen Unternehmen nicht immer bis zum Mitarbeiter umgesetzt beziehungsweise bekannt. Es ist also nötig, der Unternehmensleitung die Anforderungen, Pflichten und präventiven Maßnahmen im AS anhand von Beispielen darzustellen und eine effektive integrierte Lösung für das Unternehmen vorzuschlagen. Der Weg ist dabei, nicht zwei unterschiedliche Dokumentationen (QMS und AS) aufzubauen, sondern nur eine Dokumentation für alles.

Um den Unternehmen die entsprechende Unterstützung zu geben, hat die BGW eine Vielzahl von Beratern ausgebildet – eine Liste findet sich auf den „Gelben Seiten" von qu.int.as im Internet unter www.bgw-online.de/quintas. Die Beispiele der bereits zertifizierten Unternehmen zeigen, dass mit Unterstützung das Ziel effektiver und in hoher Qualität erreicht werden kann.

Welche Partner sind in den Aufbau einzubeziehen?

- Unternehmensleitung
- externe beziehungsweise interne Fachkraft für Arbeitssicherheit (FASi)
- Betriebsarzt
- Bereichsleiter
- leitende Mitarbeiter mit Übertragung Unternehmerpflichten
- Sicherheitsbeauftragter
- Hygienebeauftragter
- Qualitätsmanagementbeauftragter, eventuell Beauftragter für qu.int.as
- Betriebsrat
- und natürlich die Mitarbeiter

Aus diesem Personenkreis sollte ein Projektteam gebildet und ein Projektleiter berufen werden. Die externen Partner sollten vertraglich in die Mitarbeit eingebunden werden. Um alle Beteiligten zielgerichtet in die Umsetzung einzubeziehen, bedarf es jedoch professioneller Hilfe und eines Planes.

Der Projektplan
Auf Basis des vorhandenen beziehungsweise aufzubauenden QMS (nach DIN EN ISO 9001:2000, KTQ, Diakoniesiegel Pflege 2.0 oder proCum Cert) und der MAAS-BGW (siehe auch Website www.bgw-online.de/quintas) ist der Projektplan mit Festlegungen zu Verantwortlichkeiten zu erstellen. Die ständige Konkretisierung des Planes ist zwingend notwendig.

Die Umsetzung
Mittels Ist-Analyse ist der Stand zu ermitteln; Änderungen, Ergänzungen, Neuerarbeitungen von Dokumenten, Abläufen und Prozessbeschreibungen sind im Team zu erarbeiten und im jeweiligen Bereich zum Test einzuführen. Verbesserungs- und Ergänzungsvorschläge durch die Mitarbeiter, die sich im Test ergeben, sind dem Projektteam zur Entscheidung zuzuleiten.

Nach Umsetzung aller Maßnahmen ist in einem internen Audit die Zertifizierungsreife zu prüfen. Aus Gründen der Effektivität und Unparteilichkeit sollte das Audit durch einen externen Beauftragten erfolgen (zum Beispiel qu.int.as-Berater). Die beim Audit festgestellten Abweichungen sind im Projektplan terminiert aufzunehmen und deren Abstellung ist zu kontrollieren.

Zertifizierungsaudit
Aus den akkreditierten Zertifizierungsstellen ist eine Stelle auszuwählen und die vertragliche Vereinbarung abzuschließen. Am Zertifizierungsaudit sollten zusätzlich die externen Mitarbeiter (qu.int.as-Berater, externe FASi, Betriebsarzt) teilnehmen.

Ergebnis
Durch die Einführung eines integrierten Managementsystems erreichen Unternehmen die:
- Steigerung der Kundenzufriedenheit,
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit,
- Optimierung der Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse,
- Erfüllung der Anforderungen ihres QM-Systems und der MAAS-BGW.

Praktische Erfahrungen mit al.i.d.a®: Die Zeit-Leistungs-Analyse

WS E9 und WS F6

Sigrid Küfner,
BGW, Hamburg
Matthias Wilhelm,
BGW, Hamburg

Im DAK-BGW Gesundheitsreport „Altenpflege" stellt die BGW fest, dass „der Beruf der Altenpflegerin beziehungsweise des Altenpflegers mit vielfachen gesundheitlichen Risiken verbunden" ist. Als Belastungsfaktoren werden unter anderem genannt:

- hoher Zeitdruck
- hohes Arbeitsaufkommen
- häufige Arbeitsunterbrechungen
- Arbeitsspitzen

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass durch eine stärkere Flexibilisierung der Arbeitszeiten und durch mitarbeiterfreundliche Gestaltung der Dienstpläne und die Verbesserung der Schnittstellen innerhalb der Einrichtung Arbeitsspitzen und Stressbelastungen reduziert werden können.

Gleichzeitig gehört es zu den Qualitätsanforderungen der Einrichtungen der Altenpflege, eine biografiegestützte und bewohnerorientierte Pflege anzubieten. Die Individualität des Einzelnen muss sich in der Pflege widerspiegeln. Der Pflegeplan für die einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner enthält dementsprechend Zeiten, wann eine Tätigkeit durchgeführt wird, wie lange sie dauert, was benötigt wird und so weiter. Aus diesen einzelnen Pflegeplänen ergibt sich so der Gesamtpflegeplan für die Einrichtung.

In der Realität nutzt ein Großteil der Pflegeeinrichtungen die Angaben dieses Gesamtpflegeplans jedoch nicht für ihre Personaleinsatzplanung, sondern teilt das Personal traditionell nach einem herkömmlichen Schichtenmodell ein – eine bedarfsorientierte Planung erfolgt somit nicht. Es entsteht eine Diskrepanz zwischen den hinterlegten Leistungen als Anspruch des Bewohners gemäß dem Versorgungsvertrag und den zeitlich durchzuführenden Leistungen.

Zielsetzung

Um diese Ziele zu erreichen und gleichzeitig auch die Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Altenpflege zu erhöhen, hat die BGW das Personal- und Organisationsentwicklungskonzept „Arbeitslogistik in der Altenpflege – al.i.d.a" entwickelt. Dabei werden die Arbeitsabläufe in der Pflege gezielt untersucht, Potenziale und auch Schwachstellen aufgezeigt und insgesamt die Arbeitsorganisation verbessert. Erreicht wird dies durch eine Optimierung der Einsatzzeiten des Personals.

Im Rahmen des al.i.d.a-Beratungskonzepts kommen verschiedene Analyseinstrumente zum Einsatz. Herzstück ist die sogenannte Zeit-Leistungs-Analyse (ZLA), mit deren Hilfe Arbeitsspitzen der Beschäftigten erkennbar gemacht werden. Mit der ZLA wird erhoben, wie viele Mitarbeiter zu welchen Zeiten mit welchen Tätigkeiten gebunden sind. Für den Beratungsprozess lassen sich damit vielfälti-

ge Ergebnisse und daraus resultierende Maßnahmen zur Optimierung ableiten, wie zum Beispiel:

- Entzerrung der Arbeitsspitzen durch Verlagerung der Aufsteh- und Schlafenszeiten oder flexiblere Verteilung der Essenszeiten
- mehr Zeit für die Pflege durch Verringerung von Übergabezeiten und Veränderung der Kommunikationsstrukturen
- längere Erholungsphasen der Mitarbeiter durch Optimierung der Personaleinsatzplanung

Ein Nebeneffekt ist, dass die Analyse-Ergebnisse auch als Nachweis im Rahmen der MDK-Anforderungen dienen können.

Das Vorgehen im Workshop

Im Workshop stellen die Referenten mit dem externen Kooperationspartner Vita Nova den Teilnehmerinnen und Teilnehmern das Analyseinstrument zur Darstellung der Zeit-Leistungs-Anteile der Beschäftigten anhand eines praktischen Beispiels aus dem Pflegealltag vor. Dabei können die Teilnehmer selbst mit dem Erfassungsinstrument – einem kleinen Taschencomputer – Arbeitsabläufe erfassen und so „spielerisch" erfahren, wo Belastungen und Arbeitsspitzen in der täglichen Arbeit entstehen.

Es wird veranschaulicht, wie die Ergebnisse der Analyse zur Optimierung der Personaleinsatzzeiten – und damit für eine Verbesserung der gesamten Arbeitsorganisation – ideal genutzt werden können. Die Personaleinsatzplanung kann damit sehr viel stärker den individuellen Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner folgen.

Weitere Informationen

Die BGW unterstützt durch Beratungsprojekte zur Arbeitslogistik in der Altenpflege, al.i.d.a, ihre Mitgliedsbetriebe bei der Optimierung ihrer Arbeitsorganisation. Im Rahmen der Initiative „Aufbruch Pflege" sind bundesweit knapp 20 Einrichtungen in al.i.d.a-Projekten aktiv.

Sigrid Küfner stellt auf dem bgwforum 2007 außerdem in einem Vortrag in Plenum F das Konzept al.i.d.a® näher vor.

Fit bleiben statt krumm schuften: Rückenschule in der Hauswirtschaft

WS E10

Ruth Reichenbach,
Beratung und Training, München
Beate Wiedmann,
Forum fBB, Hamburg

Das Hauswirtschafts- und Reinigungspersonal trägt wesentlich zum Wohlbefinden von Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen bei: von der Speisenzubereitung über die Reinigung und Gestaltung des Wohnumfeldes bis hin zur Wäschepflege. Die Voraussetzung für zufriedene Bewohner sind dabei zufriedene und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gesund und leistungsfähig bleiben.

Hauswirtschafts- und Reinigungskräfte müssen häufig schwere Lasten heben, tragen, schieben und ziehen: Getränkekisten, Essenstabletts, Müllsäcke, Wäschesäcke, Kanister ... Viele Tätigkeiten werden in einseitiger Haltung ausgeführt – oft unter ungünstigen ergonomischen Bedingungen. Die Arbeitsprozesse der Hauswirtschaft und Reinigung werden bei der Bauplanung nur selten berücksichtigt. Wenn dann noch geeignete Hilfsmittel fehlen oder vorhandene Hilfsmittel falsch eingesetzt werden, ist es kein Wunder, dass viele Beschäftigte unter Rückenschmerzen leiden.

Nur wenige Beschäftigte wissen außerdem, wie rückengerechtes Arbeiten aussieht. Selbst diejenigen, die schon einmal an einer Rückenschule teilgenommen haben, können das Gelernte kaum am Arbeitsplatz anwenden. Welche Rückenschule vermittelt schon den richtigen Umgang mit der Einscheibenmaschine oder dem Kesselsauger? Gezielte Unterstützung bietet eine Rückenschule am Arbeitsplatz, die speziell für das Hauswirtschafts- und Reinigungspersonal entwickelt wurde.

Fit bleiben: Learning on the job

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Rückenschule lernen, ihre Rückenbelastungen zu bewältigen sowie die Ressourcen ihrer Arbeitstätigkeit zu erkennen und zu nutzen. Der praktische Teil der Rückenschule findet an den verschiedenen Arbeitsplätzen statt: in den Wohnbereichen, in der Küche, im Lager. Die Teilnehmer trainieren den rückengerechten Umgang mit ihren Arbeitsmitteln unter realistischen Bedingungen. Dazu gehört das Schieben des Reinigungswagens genauso wie der Einsatz von Wischgeräten in engen Badezimmern. Dabei sind die Mitarbeiter selbst die Experten für ihre jeweilige Arbeitssituation – der Rückenschultrainer unterstützt sie, diese Situation gesundheitsförderlich zu gestalten.

Die Rückenschule umfasst außerdem die ergonomische Gestaltung der Arbeitsbereiche. Dazu gehört zum Beispiel die Anpassung der Arbeitshöhen, die optimale Einrichtung des Lagers, die Schaffung von Lagerplätzen für Hilfsmittel in der Nähe ihres Einsatzortes oder die Anbringung eines Abstellrosts für Wassereimer. Die Lösungsvorschläge werden dabei immer in der Gruppe erarbeitet.

Rückengerechtes Arbeiten in der Praxis

Im Vordergrund steht das Miteinander- und Voneinander-Lernen im Team:

- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwerben Wissen zu den Ursachen von Rückenbeschwerden.

- Sie schulen ihre Wahrnehmung für Haltungs- und Bewegungsgewohnheiten.
- Sie kennen die Prinzipien rückengerechten Arbeitens und können diese in den verschiedenen Arbeitssituationen anwenden.
- Sie berücksichtigen dabei ihre individuellen Haltungs- und Bewegungsalternativen.
- Sie erkennen die Notwendigkeit, Hilfsmittel einzusetzen.
- Sie wissen, welche Hilfsmittel es gibt und wie diese optimal eingesetzt werden.
- Sie kennen die Prinzipien einer ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung.

Die Rückenschule für Hauswirtschafts- und Reinigungspersonal versteht sich als ein Baustein im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie wird angeboten für Einrichtungen der stationären Altenpflege und Krankenpflege sowie für Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Sexualität in der Pflege **WS E14**

Ada van der Star,
Staatlich anerkannte Berufs-Ausbildungsstätte Aja Textor-Goethe, Frankfurt

Wenn wir einen Menschen ganzheitlich pflegen wollen, bedarf es eines Systems, um ihn in seiner Ganzheitlichkeit zu erfassen. Das anthroposophische Menschenbild liefert in dem Gedankengebäude der Vier-Gliederung ein hervorragendes System, um solches zu tun. Auch Sexualität lässt sich auf dieser Basis genau anschauen, also auf allen vier Ebenen gesondert betrachten. Dadurch entsteht Klarheit über dieses Thema. Die Ebenen sind dabei nicht wertend im Sinne von „besser oder schlechter". Sie bedingen einander. Deshalb spricht man von „unteren" und „oberen" Wesensgliedern.

Auf der untersten Ebene, im physischen Leib, steht der Mensch als materielles Gebilde. Die Anatomie beschäftigt sich mit der Beschaffenheit und Form des physischen Leibes und benennt seine Teile. Dabei fällt sofort auf, dass die „Spezies Mensch" zweigeschlechtlich ist, also in zwei Gruppen, die der Männer und die der Frauen, auseinanderfällt. Bei der Betrachtung der spezifischen männlichen oder weiblichen Geschlechtsorgane kann man sagen, dass sie sich genau ergänzen, nämlich das, was beim Mann nach außen gestülpt ist und wie ein Anhängsel am Körper wirkt, wölbt sich bei der Frau spiegelbildlich nach innen und stellt somit das Gegenbild dar. So passen diese Teile wie Puzzlestücke zusammen.

Für die Pflege lohnt es sich, diese Organe genau anzusehen, um darüber Bescheid zu wissen. Das ist beispielsweise wichtig, wenn man einen Katheter legt oder Intimpflege macht, etwa um zu wissen, an welchen Stellen sich Verunreinigungen ansammeln, damit man diese effektiv reinigen kann. Dies ist eine rein technische (aber nicht unbedeutende) Angelegenheit.

Die Physiologie enthält bereits die zweite Ebene des Menschenwesens. Insgesamt betrachtet die Physiologie den Menschen in seinen biologischen Funktionen. Fortpflanzung ist, genau wie Atmung oder Ernährung, eine biologische Funktion. Auch wenn sie unterschiedliche Zeiten und Rhythmen haben, hängen alle biologischen Prozesse zusammen und brauchen als Grundlage den physischen Leib. Menschen atmen von Geburt an. Der Atemrhythmus ändert sich im Laufe des Lebens. Fortpflanzungsfähig ist der Mensch erst ab einem gewissen Alter und nicht bis zum Ende des Lebens. Nicht jeder Mensch pflanzt sich fort.

Mit dem physischen Leibe und den biologischen Prozessen haben wir den „unteren Menschen" als Grundlage für den „oberen Menschen". Der untere Mensch gleicht der Pflanze. Noch bis Mitte des vergangenen Jahrhunderts beschäftigte sich die Pflege hauptsächlich mit der Aufrechthaltung des unteren Menschen. Fortpflanzung als Reproduktion kam höchstens bei der Geburtshilfe zur Sprache.

Das Wort Sexualität stammt im engeren Sinn von dem lateinischen Wort für sezieren, getrennt sein, ab. Insofern man auf den untersten Ebenen (Anatomie, Biologie) mit Erscheinungen der Sexualität Erfahrungen macht (Menstruationsblut, Ejakulation, das Stillen eines Säuglings), kann man das als Pflegende

beziehungsweise Pflegender in aller Ruhe auf dieser Ebene belassen – genauso wie Erfahrungen mit Pulsfrequenzen, Stuhlgang oder einer Flüssigkeitsbilanz. Man muss das nicht persönlich nehmen.

Wenn Gefühle mit ins Spiel geraten, kommen wir, um bei der Steinerschen Vier-Gliederung zu bleiben, auf die seelische Ebene. Mit Seele ist der Bereich im Menschen gemeint, bei dem es um Gefühle geht. Alle Gefühle haben eine Richtung, entsprechend der Zu- oder Abneigung (Sympathie – Antipathie), und bilden damit den Antrieb für Bewegung. Bewegung gehört in diesem Sinne auch zum Bereich des Seelischen.

Auf der seelischen Ebene können wir in der Pflegehandlung mit dem Patienten in Beziehung treten. Hat er Schmerzen, fassen wir ihn nicht so grob an, hat er Ängste, so versuchen wir, ihm die Ängste zu nehmen, indem wir ihm zum Beispiel Informationen geben. Wir erklären, was mit ihm passiert, geben unter anderem die Einschätzung des Arztes weiter. Wir kommunizieren. Dabei ist es eine Hilfe, kulturelle Gepflogenheiten wie Umgangsformen oder Sitten zu kennen und zu berücksichtigen, um sich immer im „sicheren Fahrwasser" zu bewegen, das heißt adäquat reagieren und handeln zu können.

In manchen Fällen kann es schon sein, dass ein kleiner Flirt eine Situation leichter machen kann. Allerdings geht man da als Pflegende oder Pflegender ein gewisses Risiko ein, denn man weiß nicht, wie der Patient oder die Patientin das aufnimmt. Patient sein impliziert keine Professionalität! Unter Umständen also stellt „der kleine Flirt" für den Patienten eine Verführung dar, der er oder sie erliegt. Dabei kann die Pflegesituation einem dann auch entgleiten und unerwünschte Folgen nach sich ziehen. Es ist die Frage, ob man damit als Pflegende oder Pflegender seinem Gegenüber in dessen Rolle als Patient gerecht wird.

Wer hat, im besten Sinne, die Situation unter Kontrolle? Die Antwort auf diese Frage bringt uns auf die vierte Ebene, die der Individualität: Ich bin es, der Gefühle wahrnimmt. Ich fühle mich (fröhlich oder traurig) und ich bin es, der Gefühle zulässt, die eigenen Gefühle beobachtet und daran arbeiten kann. Wenn ich an die Individualität des Patienten herankomme, die hinter den Gefühlen steht, dann dringe ich zu seinem Wesenskern durch. Da treffe ich meinen Patienten als Mensch mit seinem Schicksal. In der Begegnung von Ich zu Ich spielen Rollen wie „Patient" oder „Pflegende", „Mann" oder „Frau" nicht mehr die Hauptrolle.

Indem ein Mensch sich als Individuum erkannt hat, spürt er die Anerkennung seines innersten Wesens: Der Patient ist in dem Moment befreit von seinem physischen Leid; er kann sich einen Augenblick lang als integere Persönlichkeit spüren. Das ist an sich ein „heiler" Zustand. Es ist eine kleine Heilung, für die es sich lohnt, zum Beispiel wieder gesund zu werden, unter Umständen auch in Frieden zu sterben. Alles Kranke, Ungute und Verkehrte fällt zurück, nur der Kern bleibt. Im Grunde genommen ist das wie eine kleine Geburt des Ichs. Eine Geburt, die bewusst wahrgenommen wird von beiden, Patient und Pflegendem.

Man hat sich sozusagen in dieser Wahrnehmung gegenseitig gezeugt – es ist wie eine Zeugung.

So lange der Patient sich seines Ichs nicht bewusst ist, bleibt er auf der Ebene der Gefühle. Und wenn seine Gefühle nicht wahrgenommen werden, rutscht er zurück in seine biologischen Prozesse, dorthin, wo die Sexualität zu Hause ist. Die Ebene der Körperfunktionen ist dann nicht mehr als eine Pflanze, die eben auch nur Körperfunktionen hat. Wenn Pflegende Patienten ausschließlich auf der Ebene der Köperfunktionen wahrnehmen, werden sie auch nur diese erleben. Umgekehrt funktioniert es genauso. Der Patient wird auch nur die Funktionen des Pflegenden wahrnehmen.

Betrachtet man eine Pflanze, zum Beispiel eine Rose, so werden wir gerade die Blüte, also strikt genommen ihre Geschlechtsorgane, als Erstes schätzen!

Wenn Pflege Beziehung ist, dürfen wir diese Ebene nicht negieren, wir sollen sie kennen und handhaben können. Das gehört zum Beruf der Pflege. Wir sollen es aber auch dort belassen, wo es hingehört. Wollen wir in der Pflege auch Beziehung, dann müssen wir das Seelische und die Individualität ernst nehmen. Sexualität wird dann verwandelt in Ich-Begegnung.

Dahin zu kommen ist ein Weg, der geübt werden muss. Es funktioniert nicht von selbst. Sexualität ist ein Stadium, das, wie im Leben auch, seinen Platz hat. Pflege darf gegenwärtig darüber hinausgehen und zur Menschen-Begegnung werden.

Vorbereitet auf den Ernstfall: Professionelle Sterbebegleitung

WS E15

Dr. Joachim Bischoff,
Trainer BGW-Programm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung", Döbern

Gegenwärtig leben wir in einer Kultur, die die Themen Sterben und Tod weit von sich weist und auf diesen letzten und schwierigen Lebensabschnitt nicht vorbereitet. Oftmals löst deshalb diese Lebensphase bei der Sterbebegleitung Gefühle der totalen Ohnmacht, Überforderung oder auch der Schuld und Zweifel an fachlicher Kompetenz aus. Der Sterbende selbst wiederum hat Ängste und sucht verzweifelt nach einem letzten Halt, nach einer verständnisvollen Begleitung.

Im letzten Jahrhundert hat sich die Versorgung Kranker und Sterbender zunehmend in die Institutionen – in Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen – verlagert; die Menschen sterben mehrheitlich nicht mehr zu Hause in den eigenen vier Wänden. Heute wird erwartet, dass alle Möglichkeiten der modernen Medizin für den Kranken ausgenutzt werden. Dabei schließen sich intensive Bemühungen um das Leben des Patienten und die Gestaltung eines friedlichen Todes oft gegenseitig aus. Hinzu kommt, dass herkömmliche Bewältigungsstrategien obsolet geworden sind: Beispielsweise ist die religiöse Sinnstiftung des Todes für immer weniger Menschen in Deutschland akzeptabel. Neue Formen der Bewältigung haben sich aber kaum entwickelt.

Schwierigkeiten, im Alltag eine angemessene Sterbebegleitung umzusetzen:

- Schwierigkeiten entstehen durch personelle Unterbesetzung oder fehlende räumliche Ausstattung.
- Angehörige, die die Pflegenden gern in die Betreuung des Sterbenden einbeziehen würden, tauchen oft gar nicht erst auf.
- Mit Patienten aus anderen Kulturräumen gelingt manchmal nicht einmal eine sprachliche Verständigung.
- Oft bleibt zu wenig Zeit, sich in Ruhe um die Bedürfnisse des sterbenden Patienten zu kümmern. [(1)]

Wie auch die Forschungsergebnisse der BGW-Studie „Sterbebegleitung in Sachsen" verdeutlichen [(2)], sind es weniger die pflegerischen Fähigkeiten im Sinne des manuellen Tuns, die den Pflegenden Probleme bereiten, als das Vermögen, auf psychosozialer/kommunikativer Ebene den Sterbeprozess zu begleiten. Da sie dem sterbenden Bewohner oftmals über längere Zeit körperlich und oft auch emotional sehr nahe stehen, sind sie in dem sehr intimen und individuellen Prozess des Sterbens wichtige Vertraute für den Sterbenden: Vertraute, bei denen die Sterbenden Halt und Orientierung suchen, Vertraute, an die sie Fragen haben, und Vertraute, von denen sie sich Trost und Zuspruch erhoffen. Fähigkeiten in der Gesprächsführung und Konfliktlösung sowie Kenntnisse zu den psychischen, sozialen und auch spirituellen Bedürfnissen sind damit für eine professionelle Sterbebegleitung unabdingbar.

Lediglich 55 Prozent der in der Studie befragten Pflegekräfte waren insgesamt der Ansicht, dass das dazu notwendige Angebot zur Betreuung und Fortbildung

in der Sterbebegleitung ausreichend ist. Obwohl das Thema Sterben, Sterbebegleitung und Tod Bestandteil der Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege ist, genügt dies aber anscheinend nicht, um den Bedürfnissen der Pflegenden nach einem fundierten und praxisorientierten Wissenserwerb gerecht zu werden. Sterbebegleitung kann auch nicht wie ein Handwerk erlernt werden, sondern bedarf der Erfahrung. Oftmals stoßen Pflegekräfte dabei an ihre eigenen Grenzen. Hier sollten sie nicht versuchen, allein damit fertig zu werden, sondern Hilfe von Kollegen, Freunden oder Psychologen einfordern.

Beachte:
Je leichter es Pflegenden fällt, über Tod und Sterben nachzudenken, desto eher können sie sich für die Belange Sterbender einsetzen.

Das Ausleben von spirituellen Gewohnheiten und Bedürfnissen hat besonders bei der Sterbebegleitung eine große Bedeutung. Spezielle Bedürfnisse unterschiedlicher Konfessionen erfordern differenzierte Informationen im Einzelfall. Dabei geht es nicht nur darum, Lebensbedürfnisse und Lebensstrategien zu berücksichtigen, sondern auch um die gelebten Gewohnheiten. Besonders belastend für Pflegende ist, wenn nicht klar ist, wie mit spirituellen Bedürfnissen zu verfahren ist. Hier gilt es, grundlegende Kenntnisse über oft existenzielle spirituelle Bedürfnisse verfügbar zu machen, um Mitarbeiter vor zusätzlichen Anforderungen und unter Umständen Überforderungen zu schützen.

Grundsätze, die für eine menschliche Begleitung Sterbender wichtig sind:

- Sterbebegleitung ist Teil des menschlichen Lebens. Auch wenn die Selbstverständlichkeit dafür abhandengekommen ist, kann Sterbebegleitung erlernt werden.
- Sterbende begleiten soll nur, wer sich mit seinem eigenen Leben und Tod, mit Verlust und Trauer auseinandergesetzt hat. Ohne Selbsterfahrung kann die Zuwendung zu anderen selten gelingen.
- Sterbebegleiter sollen gütig im Umgang mit sich selbst sein, damit sie auch anderen gütig begegnen können.
- Sterbebegleiter müssen offen sein für Begegnungen.
- Sterbebegleiter sollen bereit sein, sich durch ihr Team, durch Supervision oder durch einen eigenen Seelsorger helfen zu lassen.
- Sterbebegleiter sollen sich in ihrem jeweiligen Gebiet – sei es als Pflegender, Arzt, Sozialarbeiter oder Seelsorger – sicher und kompetent fühlen und diese Sicherheit an den Sterbenden weitergeben können.

Literatur

[1] *Schäffler A, Menche N, Bazlen U, Kommerell T (Hrsg.): Pflege heute. Urban & Fischer, 2000: 523*

[2] *Forschungsergebnisse der Studie „Sterbebegleitung in Sachsen". Reihe BGWforschung, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2005: 16 f.*

„Geht nicht, gibt's nicht!" – Gesundheitsmanagement in der Neanderklinik Harzwald GmbH WS E16

Martina Röder,
Heimleitung, Neanderklinik Harzwald GmbH, Ilfeld
Heike Dehmer,
Forum fBB, Hamburg

Die Arbeit in der Altenpflege ist in den letzten Jahren durch einen massiven Wandel geprägt: Einerseits wachsen die Anforderungen der pflegerischen Tätigkeiten selbst, denen ein weitgehend restriktiver Kosten- und Finanzierungsrahmen gegenübersteht. Andererseits werden durch Qualitätsansprüche und Marktvorgaben neue Anforderungen an die Pflegefachkräfte und an das Management der Einrichtungen gestellt. Vor dem Hintergrund dieser veränderten Anforderungen in der Pflege – wie zum Beispiel einer starken Arbeitsverdichtung, einer massiven Erhöhung der psychischen und physischen Belastungen der Pflegekräfte am Arbeitsplatz, einer zunehmenden kundenorientierten Arbeitzeitgestaltung, der Zunahme von Multimorbidität bei den Bewohnern – sowie einer veränderten Bewohnerstruktur und einer zunehmend alternden Gesellschaft hat sich die Neanderklinik Harzwald die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen ihrer Mitarbeiter zum Ziel gesetzt.

Ein Blick in die Pflegestatistik von 2005 bestätigt den Anstieg der Zahl der zu versorgenden und zu pflegenden älteren und alten Menschen und so auch die damit einhergehende höhere physische und psychische Belastung der Pflegekräfte: Im Dezember 2005 waren 2,13 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. 82 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, 33 Prozent 85 Jahre und älter. Gegenüber 2003 hat die Zahl der Pflegebedürftigen um insgesamt 2,5 Prozent zugenommen (3,9 Prozent in Pflegestufe 1; 0,5 Prozent in Pflegestufe 2; 1,7 Prozent in Pflegestufe 3). Die Daten zeigen einen weiteren Trend zur professionellen Pflege in stationären Pflegeeinrichtungen. Die Anzahl der in Heimen versorgten Senioren ist um 5,7 Prozent gestiegen. Im Vergleich zu 1999 beträgt der Anstieg in den stationären Pflegeeinrichtungen sogar 18 Prozent. Die Heimbewohner sind in der Regel älter als die zu Hause Gepflegten: Bei den Heimbewohnern war ungefähr die Hälfte (46 Prozent) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten war dies etwa ein Viertel (27 Prozent). Mit der schrittweisen Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt sich die Einrichtung somit der Zukunft.

Die Neanderklinik Harzwald liegt im südlichen Harzgebiet Thüringens nahe bei Nordhausen, im kleineren Städtchen Ilfeld. Vor der Wende war die heutige Pflegeeinrichtung ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit den Fachbereichen der Inneren Medizin und der Rehabilitation für Herzkreislauferkrankungen. Im Zuge des Mauerfalls und der folgenden Gesundheitsreformen stellte sich die Einrichtung den Anforderungen des Gesundheitssystems und vollzog die Umstrukturierung zur Entwicklung einer Seniorenpflegeeinrichtung, die seit dem Jahr 2000 besteht. Heute existieren 126 vollstationäre Pflegeplätze mit eingestreuter Kurzzeitpflege; seit Herbst 2005 sind 15 Tagespflegeplätze hinzugekommen. Im Haus gibt es drei Wohnbereiche, einen physio- und ergotherapeutischen Raum, einen Speisesaal und auf jedem Wohnbereich Aufenthaltsräume für die Senioren.

Die Mitarbeiterstruktur ist sehr ausgewogen. Die Fachkraftquote liegt bei 60 Prozent. Zudem ist die gemischte Zusammensetzung mit Gesundheits- und Krankenpflegern sowie Altenpflegepersonal unumgänglich, um den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden, wie zum Beispiel der speziellen Behandlungspflege, für die das Krankenpflegepersonal ausgebildet ist. Grundsatz der Pflege ist die mitarbeiter- und bewohnerorientierte Personaleinsatzplanung, die sich auf die Zufriedenheit und das Wohlbefinden aller Beteiligten positiv auswirkt. Zu Beginn des Projekts wurde ein Arbeitskreis zur Arbeitssicherheit gegründet. Die Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems, die Teilnahme an TÜV-Zertifizierungen und an der Europäischen Zertifizierung E-Qalin® bedeutet für die Einrichtung Qualitätssicherung in der täglichen Arbeit auf hohem Niveau sowie Qualität und Menschlichkeit in der pflegerischen Versorgung.

Um dem Anspruch einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter gerecht zu werden, hat sich die Geschäftsleitung zur Teilnahme am Beratungsangebot zur „Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Pflege" beworben. In Zusammenarbeit mit der BGW startete das Projekt im April 2006 mit einer Laufzeit von zwölf Monaten und endete im Juni 2007.

Ziel des Beratungsangebots der BGW ist es, eine Sensibilisierung für die Problematik von Rückenbeschwerden zu schaffen, ein über das Beratungsende fortlaufendes selbstständig geführtes betriebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren und langfristig den Rückgang der Berufskrankheit 2108 (bandscheibenbedingte Erkrankungen der LWS) zu fördern.

Im Betrieb machen Erkrankungen des Bewegungsapparats und der Wirbelsäule ein Drittel aller Fehltage aus. Bei den Beschäftigten in der Pflege liegt das Risiko für Rückenbeschwerden oder bandscheibenbedingte Erkrankungen deutlich höher als bei anderen Berufsgruppen. Dabei sind Rückenschmerzen kein Berufsrisiko, mit dem sich die Mitarbeiter abfinden müssen. Die Ursachen für Rückenbeschwerden sind jedoch sehr komplex und es gibt kein einheitliches Krankheitsbild. Eine gezielte und wirkungsvolle Prävention verlangt also einen umfassenden Ansatz.

Die Ablaufphasen des konkreten Projekts in Zusammenarbeit mit der BGW, Bezirksstelle Würzburg:

Einstiegsphase
- Projektpräsentation mit BGW-Aufsichtsperson und externem Berater
- Installieren eines Steuerkreises
- Erhebung der Situationsanalyse und Ergebnispräsentation

Planungsphase
- Erarbeiten eines konkreten Ziel- und Maßnahmenkatalogs
- Bildung von Projektgruppen

Realisierungsphase
- Umsetzung des Maßnahmenkatalogs

Transferphase
- Projektabschluss: Evaluation, Ausblick

Während der gesamten Laufzeit ist die Unterstützung durch Information und Kommunikation über das Projekt von großer Bedeutung für die Sicherung der Akzeptanz bei den Mitarbeitern.

Ergebnisse und Praxisbeispiele des Projekts in der Neanderklinik Harzwald GmbH
Die Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen im Pflege- und Hauswirtschaftsbereich hat die Zielsetzung:
- Steigerung der Kundenzufriedenheit
- Verbesserung arbeitsorganisatorischer Abläufe, strukturierter Personaleinsatz nach der Heimpersonalverordnung
- Einsatz von Hilfsmitteln unter Beachtung der physikalischen Einwirkungen durch Heben und Tragen von Lasten zur Verbesserung der Ergebnisqualität in der Seniorenbetreuung und zur Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeiter
- Verbesserung und Optimierung der Arbeits- und Ablaufprozesse
- Linderung der arbeits(mit)bedingten Erkrankungen und deren Vermeidung
- Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten

Verbesserung des Gesundheits-, Arbeits-, Brandschutzes sowie der Hygiene
- Ausbildung einer Hygienefachkraft
- Einsatz einer Arbeitssicherheitsbeauftragten mit Ausbildungsbeginn Herbst 2007
- Im Rahmen einer Fachaufsicht finden einmal monatlich Begehungen durch diese Fachkräfte in der Einrichtung statt.
- Die während der Durchführung des Projekts erhaltenen Hinweise wurden im Rahmen dieser Maßnahme aufgenommen und werden ständig überprüft. So konnte die Struktur- und Prozessqualität dieser Bereiche fortlaufend verändert und verbessert werden. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, eine positive Veränderung im Bewusstsein unserer Mitarbeiter bei der Durchführung unserer Leistungsangebote unter Berücksichtigung von Arbeitssicherheit, Hygiene und Brandschutz zu verzeichnen.
- Zur Erweiterung des Präventionsangebots werden den Mitarbeitern der gesamten Einrichtung durch die Geschäftsleitung zwölf Massagen jährlich angeboten.
- Es fand eine Kontaktaufnahme zu Kostenträgern für Präventionsangebote für unsere Mitarbeiter statt. Maßnahmen wie zum Beispiel Rückenschulung, Ernährungsberatung, Stressbewältigung/Entspannung/Autogenes Training, Nordic Walking oder Wassergymnastik können in einem Gesundheitszentrum in Anspruch genommen werden.

Ausblick

Mit der Teilnahme am Projekt „Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Pflege" fand zwischen den Mitarbeitern und der Geschäftsleitung ein konstruktiver Gedankenaustausch statt; das Gesamtprojekt ist positiv verlaufen. Insgesamt wurde durch die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität auch eine Verbesserung der Ergebnisqualität in der Seniorenbetreuung und eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit bei der Verrichtung der täglichen Aktivitäten erzielt. Positiv ist auch die Reduktion arbeitsbedingter Erkrankungen und krankheitsbedingter Fehlzeiten. Die Zielsetzung „Qualität und Menschlichkeit" in unserer Seniorenpflegeeinrichtung lässt sich somit in allen Kontakten zwischen Senioren und Mitarbeitern nachvollziehen.

Richtungweisend: Unternehmensleitbild und Gesundheitsförderung WS F1

Ulla Vogt-Akpetou,
BGW-Organisationsberaterin, Bielefeld
Gundel Rumpke,
Pflegedienstleiterin Seniorenzentrum Dielingen, Dielingen

Unternehmensleitbilder gehören in vielen Unternehmen – insbesondere in der freien Wirtschaft – zu einem gängigen Führungsinstrumentarium. Auch mehr und mehr Unternehmen aus der Gesundheitsbranche entwickeln Leitbilder für ihren Betrieb. Ein Unternehmensleitbild ist ein Grundsatzdokument, das die Ziel- und Wertvorstellungen eines Unternehmens darstellt und unter anderem Aussagen trifft über den Umgang mit den Kundinnen und Kunden oder die Art und Weise, wie Führung und Mitarbeiterschaft miteinander kommunizieren. Nur selten findet bisher aber das Thema Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit Berücksichtigung im Unternehmensleitbild. Mit ihrem Beratungsangebot zur Leitbildentwicklung unterstützt die BGW deshalb seit 2002 interessierte Mitgliedsbetriebe bei der Erstellung eines Unternehmensleitbildes mit dem Ziel, auch den Arbeits- und Gesundheitsschutz gut zu verankern.

Das Seniorenzentrum Dielingen

Das Seniorenzentrum Dielingen, in dem 2004 mit BGW-Unterstützung ein Unternehmensleitbild entwickelt wurde, ist ein Altenwohn- und Pflegeheim, das zusätzlich über Seniorenappartements für „betreutes Wohnen" verfügt. Zum Zeitpunkt der Leitbilderstellung waren 78 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Seniorenzentrum beschäftigt. Die Einrichtung verfügte über 80 Pflegeplätze und 20 Plätze für betreutes Wohnen. Die Motivation der Heimleitung, gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Unternehmensleitbild zu erstellen, gründete in erster Linie auf dem Wunsch, die Arbeit an von allen Mitarbeitern getragenen gemeinsamen Vorstellungen auszurichten.

Der Leitbildprozess

Der Leitbildprozess startete im Februar 2004 mit einem Erstgespräch zwischen der Heimleitung und der BGW-Beraterin, in dem das Beratungsangebot abgeklärt und ein mögliches Vorgehen besprochen wurde.

Im weiteren Verlauf wurde die Projektorganisation und -planung festgelegt. Die Einrichtung entschied sich für ein „Delegationsmodell" bei der Erstellung des Leitbilds: Aus jedem Arbeitsbereich des Hauses wurden Mitarbeiterinnen für die Projektarbeit in einer Leitbildgruppe ausgewählt. Diese Leitbild-„Delegierten" hatten die Aufgabe, in den Teambesprechungen ihres Arbeitsbereichs regelmäßig über den Stand der Leitbilderstellung zu berichten und Anregungen aus dem Kollegenkreis in die Leitbildgruppe einzubringen. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass alle Mitarbeiter über das Vorgehen bei der Leitbilderstellung und über die erarbeiteten Inhalte informiert waren. Die Leitbildgruppe startete ihre Arbeit unter anderem mit einer Stärken- und Schwächenanalyse und erarbeitete in weiteren Sitzungen Inhalte für die ausgewählten Leitbildthemen.

Die durch die Leitbildgruppe erstellte „Rohfassung" wurde von einem Texter überarbeitet und in den Teams besprochen. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter hatte so die Möglichkeit, noch Korrekturen oder Ergänzungen anzubrin-

gen. Nach dieser Rückmelderunde wurde das Leitbild von einem Grafiker in ein ansprechendes Layout gebracht. Die Leitbildgruppe erarbeitete darüber hinaus einen Umsetzungsplan, der die ersten Schritte zur Umsetzung des Leitbildinhalts in den Arbeitsalltag festlegte.

Das Leitbild des Seniorenzentrums Dielingen wurde an alle Mitarbeiter, an die Bewohner und ihre Angehörigen, an den MDK, die Heimaufsicht und auch die Pflegekasse überreicht. Um es allen Beschäftigten bekannt zu machen, wurde das Leitbild in den Teamsitzungen besprochen und als Poster in den Dienstzimmern ausgehängt. Wohl wissend, dass die Einbeziehung in die Entwicklung, die Bekanntmachung und das Aushängen des Leitbilds noch nicht bedeutet, dass dieses im Alltag auch gelebt wird, wurden im Seniorenzentrum Dielingen außerdem Umsetzungsworkshops durchgeführt. Ebenfalls mit externer Unterstützung durch eine Beratungsfirma wurde in diesen Workshops durch die Teams erarbeitet, wie das Leitbild im Alltag von allen gelebt werden kann.

Der Beratungsprozess zur Leitbildentwicklung hat insgesamt ein Jahr gedauert. Er wurde abgeschlossen durch einen Feedback-Termin, der ein halbes Jahr nach dem Ende der Beratung mit der Leitbildgruppe und der BGW-Beraterin durchgeführt wurde und in dem alle Beteiligten ein positives Resümee zogen.

Literatur

Ratgeber Leitbildentwicklung. RGM13. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2007

Elektrisch betriebene Pflegeprodukte sicher anwenden

WS F2

Werner Pude,
BGW, Hamburg

Elektrisch betriebene Pflegeprodukte dienen dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten und sind deshalb unverzichtbar. Die Sorge vor erhöhten Prüfanforderungen und Kosten führt bei einigen Betrieben zur Zurückhaltung bei der Beschaffung oder, wenn die Geräte dem Pflegeunternehmen nicht gehören, zur Rechtsunsicherheit bei der Anwendung dieser Produkte.

Die elektrisch betriebenen Pflegeprodukte – wie zum Beispiel motorisch verstellbare Pflegebetten, Lifter, Wechseldruckmatratzen, Elektro-Rollstühle und so weiter – werden in der Medizinproduktebetreiberverordnung (MPBetreibV) bezüglich ihrer Anwendung geregelt. Diese Verordnung setzt die in den Paragrafen 14 und 37 Medizinproduktegesetz (MPG) festgehaltene Generalforderung um, nach der keine Patienten, Beschäftigte oder Dritte durch unsichere Medizinprodukte oder deren falsche Anwendung gefährdet werden dürfen. Verstöße gegen diese Generalforderung sind mit hohen Strafandrohungen gegenüber Betreibern und Anwendern bewehrt.

Um Medizinprodukte sicher anwenden zu können, müssen diese geprüft werden und dürfen nur von Personal mit entsprechender Sachkenntnis angewendet werden. Außerdem sind alle Vorkommnisse und Beinaheunfälle den zuständigen Behörden zu melden.

Um dies sicherstellen zu können, muss der Unternehmer erst einmal alle Medizinprodukte kennen, die seine Beschäftigten anwenden. Gemäß Paragraf 8 MPBetreibV sind alle aktiven, das heißt mit Fremdenergie betriebenen Medizinprodukte, die dem Unternehmen gehören, in einem Bestandsverzeichnis zu erfassen. Um bei den Medizinprodukten, die von Kassen, Sanitätshäusern und so weiter zur Verfügung gestellt werden, einen Überblick über die erforderlichen Wartungen und Prüfungen zu erhalten, empfiehlt die BGW, auch diese Produkte in einer Liste mit ihren Prüfdaten zu erfassen, um die Betreiber bei Versäumnissen bezüglich der Wartungen und Prüfungen rechtzeitig anmahnen zu können. Sollten diese Maßnahmen dann nicht durchgeführt werden, besteht für die Anwender nur die Möglichkeit, die Benutzung der betreffenden Medizinprodukte zu verweigern. Außerdem sollten die zuständigen Behörden (Landesamt für Arbeitsschutz, Gewerbeaufsichtsamt) informiert werden.

Die erforderlichen Prüfungen hängen nun von der Art der Medizinprodukte ab. Die MPBetreibV teilt die aktiven Geräte in die Anlagen 1 und 2 sowie die sonstigen aktiven Medizinprodukte ein: Die Anlage 1 enthält Geräte mit erhöhtem Risiko wie Infusionsspritzenpumpen oder Beatmungsgeräte – die elektrisch betriebenen Pflegeprodukte fallen nicht unter diesen Punkt. Medizinprodukte mit Messfunktionen, wie zum Beispiel Blutdruckmessgeräte, werden in der Anlage 2 erfasst und sind ebenfalls keine Pflegeprodukte, weshalb die hierfür erforderlichen messtechnischen Kontrollen nicht erläutert werden.

Pflegebetten, Lifter und so weiter werden gemäß Paragraf 2 Abs. 8 MPBetreibV als aktive Medizinprodukte, die nicht der Anlage 1 oder 2 angehören, nach Unfallverhütungsvorschrift (UVV) BGV A3 geprüft. Diese Prüfungen müssen nach Paragraf 5 Abs.1 Ziff. 2 so rechtzeitig erfolgen, dass alle entstehenden Fehler rechtzeitig erkannt werden. Der Betreiber legt also die Prüffristen gemäß seiner Gefährdungsbeurteilung selbst fest. Der Tabelle 1B der UVV ist ferner zu entnehmen, dass die Prüfungen von elektrotechnisch unterwiesenen Personen mit geeignetem Messgerät (Halbautomat) durchgeführt werden können.

Widersprüche bezüglich der Prüferqualifikation zwischen der für die Prüfung heranzuziehenden Norm VDE 0751 und der UVV führen gelegentlich zur Verunsicherung. Die UVV steht aber im Rang eindeutig über einer Norm.

Inzwischen wurden zur Umsetzung der Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV) Technische Regeln für Betriebssicherheit (TRBS) 1201 und 1203-3 verfasst, die künftig Prüfungen regeln sollen, wenn die UVV zurückgezogen wird. Noch existiert aber die UVV BGV A3 und wird diese in der MPBetreibV herangezogen. Es bleibt also vorerst beim beschriebenen Verfahren.

Weitere Unsicherheiten entstehen dadurch, dass einige Hersteller höherwertige Sicherheitstechnische Kontrollen (STK), die eigentlich für Geräte der Anlage 1 MPBetreibV vorgesehen waren, nun auch für elektrisch betriebene Pflegeprodukte vorschreiben. Bei Neugeräten ist dies zulässig, die Anschaffung dieser Produkte wäre dann wegen der Folgekosten zu überlegen. Bei Altgeräten, bei denen die Prüfung nicht in den Bedienungsunterlagen vermerkt war, ist diese Forderung gegenstandslos.

Das Jahr des Rückens: Ein Modellprojekt zur Prävention von Rückenbeschwerden

WS F4

Dietmar Frenk,
Projektberater für Gesundheitsförderung, Herdecke
Vera Druckrey,
Leiterin CBT-Wohnhaus St. Monika, Sankt Augustin
Nicole Klemp,
CBT Gesundheitsförderung, Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln

Termine „sitzen uns im Nacken" und wir „tragen" Verantwortung. Meist müssen wir bei all diesen Lasten auch noch „Haltung bewahren" und dürfen „uns nicht hängen lassen": Unser Rücken muss im Alltag also einiges aushalten.

Vor allem in Pflegeberufen müssen die Mitarbeiter häufig schwere Lasten aus ungünstigen Positionen heraus heben und tragen. Und die psychische Belastung in den pflegenden Berufen schlägt ebenfalls häufig auf Rücken, Schulter und Nackenbereich. Wie Untersuchungen zeigen, führt der Pflegeberuf vermehrt zu Rückenbeschwerden, so das Ergebnis einer Personalbefragung des Universitätsspitals Zürich in der Schweiz, Österreich und Deutschland: Pflegekräfte leiden zu über 60 Prozent unter Rückenschmerzen.

Damit es gar nicht erst zu einem ernsten Rückenproblem kommt, müssen wir uns jeden Tag um unseren Rücken kümmern. Und weil das im Arbeitsalltag dennoch meist zu kurz kommt, wollte das CBT-Wohnhaus St. Monika seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Anliegen tatkräftig unterstützten: „Wir möchten Ihnen den Rücken stärken" war daher ab September 2006 das Motto, unter dem das Wohnhaus seinen Mitarbeitern bis Juli 2007 jeden Monat Maßnahmen mit dem Fokus rückenschonendes Arbeiten bot.

Ziel des Projekts „Jahr des Rückens" und der Bereich Gesundheitsförderung in der CBT

Dem CBT-Wohnhaus St. Monika und der CBT ist es ein Anliegen, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, unter den gestiegenen Belastungen des Pflegeberufs gesund zu bleiben und Freude an der Arbeit zu empfinden. Der Mensch, seine Individualität, seine Würde sowie ein wertschätzender und fördernder Umgang mit seinen Ressourcen – und damit auch seiner körperlichen und seelischen Gesundheit – sollen im Mittelpunkt der Arbeit stehen. Daher wurde in der CBT im Jahr 2003 der Bereich der Gesundheitsförderung für alle 19 Häuser der Alten- und Behindertenpflege mit ihren gut 2.000 Mitarbeitern geschaffen sowie eine Gesundheitsmanagerin im Minijob angestellt. Im Rahmen des Vortrags auf dem bgwforum 2007 soll als Hintergrundinformation kurz auch das Konzept der CBT Gesundheitsförderung vorgestellt werden. Das Projekt „Jahr des Rückens" ist wie die Gesundheitsförderung der CBT ganzheitlich angelegt und auf Prävention ausgerichtet und möchte die Mitarbeiter unterstützen und aktivieren, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Back Check – September 2006

Mithilfe des Messgeräts und Messverfahrens „Back Check 600" wurden Messungen der Rumpfmuskulatur, der Extensoren und Flexoren bei den Mitarbeitern durchgeführt. Gemessen werden dabei die maximalen Haltekräfte der Rücken- und der Bauchmuskulatur sowie die Beziehung der beiden ermittelten Werte. Muskuläre Dysbalancen sowie degenerierte Muskelbereiche können ausfindig gemacht und die entscheidenden haltungsrelevanten Parameter – wie Kraft-

fähigkeit der Hals-Wirbelsäulen-Muskulatur sowie der Rumpf- und der Operkörpermuskulatur – im aufrechten Stand (geschlossenes System) erfasst werden. Jeder Mitarbeiter erhielt ein persönliches Screening.

Orthopädische Fuß- und Schuhanalyse – November 2006
Die Füße zeigen uns – ähnlich wie andere Reflexzonen am Körper –, in welchen Bereichen sich Ungleichgewichte befinden. Eine Fußanalyse nimmt unter anderem die Haltung der Füße, die Hautbeschaffenheit und die Linien in Augenschein. Mit einer Fußbelastungsanalyse wurde daher die Druckverteilung am Fuß gemessen und folgende Symptome wurden individuell betrachtet: Gangbildabnormalitäten, Bewegungsabläufe und Belastungsdruckspitzen sowie physiologische Druckwerte. Die anwesenden Orthopäden berieten die Mitarbeiter anschließend zur individuellen und optimalen Versorgungstechnik, wie zum Beispiel Einlagen, orthopädische Schuhzurichtung oder Maßschuhe.

Arbeitsplatzanalyse – Dezember 2006
Der konkrete Auftrag lautete: Begehung des Hauses und Analyse unter dem Gesichtspunkt „rückengerechtes Arbeiten". Das Hauptaugenmerk lag dabei auf den baulich-technischen Bedingungen und es sollten Verbesserungspotenziale identifiziert werden, die den Mitarbeitern spürbare Entlastung in ihrem Arbeitsalltag bringen. Stressoren, zum Beispiel hinsichtlich Arbeitsorganisation, Kooperation zwischen den Berufsgruppen und so weiter, wurden ebenso geprüft wie Aspekte der Personalentwicklung, Arbeitszeitmodelle, Qualifikation und Fortbildung der Mitarbeiter. Mit der Analyse wurde ein externer Berater mit den Schwerpunkten Gesundheitsförderung, Prävention, Personalentwicklung und dem besonderen Fokus auf „Prävention und Rückenbeschwerden" beauftragt.

Rückenschule – Januar/Februar 2007
Die Rückenschule, die von einem Physiotherapeuten im Haus durchgeführt wurde, legte den Schwerpunkt auf die Verbesserung und Kräftigung der Rücken- wie Bauchmuskulatur und holte die Teilnehmer dort ab, wo sie je nach der Beschaffenheit ihres Körpers, ihrer Muskelkraft und Fitness (und ihren Ergebnissen aus dem Back Check) standen.

Pilates – März 2007
Das System aus Dehnungs- und Kräftigungsübungen (Widerstandsübungen) – auf Basis von Yoga- und körperbildenden Übungen – stärkt und formt die Muskeln, optimiert die Haltung, verbessert die Flexibilität des Körpers und trainiert den Gleichgewichtssinn. Deshalb wurde diese Trainingsform für das „Jahr des Rückens" ausgewählt. Im CBT-Wohnhaus St. Monika wurde ein Mattentraining angeboten. Diese Form des Pilates ist ein Ganzkörperprogramm, das am Boden auf einer Gymnastik-, Iso- oder Yogamatte durchgeführt wird.

Massage/Fango – April 2007
In einigen wissenschaftlichen Studien wird Massagen ein positiver Effekt gegen Rückenbeschwerden bescheinigt – besonders, wenn sie mit Bewegungsübungen kombiniert werden. Der im Haus ansässige Physiotherapeut und Masseur bot

daher ab April 2007 für die Mitarbeiter Massagen und Fangopackungen zu vergünstigten Preisen und mit Terminen nach Vereinbarung an.

Übungen für den Rücken am Arbeitsplatz – Mai 2007

Entspannter arbeiten und locker in den Feierabend gehen – dabei helfen manchmal schon wenige Tricks wie dynamisches Sitzen, Bewegung im Sitzen, Lockerungs- und Dehnungsübungen am Arbeitsplatz oder Entspannungsübungen, die auch im Büro schnell gemacht sind. Vermittelt wurde diese Technik ab Mai 2007 durch eine externe Beraterin mit dem Ziel der Selbstaktivierung und Unterstützung der Mitarbeiter direkt am Arbeitsplatz.

Stimm- und Persönlichkeitstraining – Juni 2007

Unsere Stimme „sagt" einiges über unsere Persönlichkeit und unsere körperliche Haltung aus. „Ein ganzheitlicher Ansatz – atemtechnisch, körperlich, mental und individuell – ist zur Lösung von Problematiken in diesem Bereich unentbehrlich", meint Stimmtrainer Werner Gorzelka. Das Wohnhaus holte sich Werner Gorzelka ins Haus und bot für die Mitarbeit in leitenden Funktionen ein zweitägiges Stimmseminar an, das ein allgemeines Stimmtraining, Techniken zur Selbstdisposition, zur richtigen, gesunden Haltung und zur Entwicklung der persönlichen Wirkungsmöglichkeiten integrierte.

Nachhaltigkeit und Ausblick

Das Motto „Bewegung als beste Medizin gegen Rückenleiden" (Prof. Gordon Waddell, schottischer Orthopäde und Chirurg) gibt das CBT-Wohnhaus St. Monika auch nach Abschluss des „Jahres des Rückens" seinen Mitarbeitern als Schlüssel in die Hand und stärkt ihnen mit langfristig angelegten Bewegungs- und Entspannungsangeboten weiterhin den Rücken. Zunächst unbefristet und in regelmäßigen Zyklen werden im Haus daher Bewegungskonzepte Anwendung finden und als Angebot an die Mitarbeiter zur Aktivierung ihrer eigenen Kräfte und eigenen Verantwortung für ihre Gesundheit dienen.

qu.int.as® – Strategien für eine erfolgreiche Zertifizierung

WS F5

Dr. Alfons Roerkohl,
Geschäftsführer 3cert GmbH, Bochum
Ralf Hansen,
Pflege- und Beratungs-Team Ralf Hansen, Düsseldorf

Aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Deutschland wird die Nachfrage nach ambulanten und stationären Pflegeleistungen zunehmen. Man geht davon aus, dass bei unveränderter Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden, die Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2020 um 35 Prozent auf gut 2,7 Millionen ansteigen wird. Dies würde einem Wachstum von 1,95 Prozent pro Jahr entsprechen [1)].

Wie im Krankenhausbereich durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeleitet, entwickelte sich vor dem Hintergrund des mit der Pflegeversicherung eingeführten neuen Finanzierungssystems für den Bereich der ambulanten und stationären Pflege die Leistungsgestaltung in eine neue Richtung, die ebenfalls durch eine stärkere betriebswirtschaftliche Steuerung, eine Standardisierung der Leistungen und Preise sowie einen Kosten- und Qualitätswettbewerb unter den Anbietern gekennzeichnet war.

Auch in den Unternehmen und Einrichtungen des Pflegesektors mussten neue Managementmethoden implementiert und eine Rationalisierung im Interesse kosten- und prozessorientierter Optimierung eingeleitet werden. Im Unterschied zum Krankenhaussektor nimmt die Zahl der Einrichtungen jedoch auch im stationären Bereich noch zu. Dies weist auf eine, auch durch die Pflegeversicherung bewirkte, noch stärkere Nachfrageentwicklung hin und bestätigt die Wachstumsprognosen.

Folge für das Management in den stationären Pflegeheimen ist somit die stärkere unternehmerisch-betriebswirtschaftliche Steuerung der Organisations- und Leistungsstrukturen. Das neue Pflegekonzept verlangt von den Beschäftigten verstärkte Veränderungsbereitschaft, Flexibilität und Qualifizierung. Zusätzlich nimmt die Beanspruchung aus der Pflegearbeit zum Teil auch deshalb zu, weil Pflegebedürftige aus den Krankenhäusern früher in die stationäre und ambulante Pflege übergeleitet werden.

Speziell in den ambulanten Pflegediensten wird von den Beschäftigten neben den üblichen Belastungen durch ungünstige Arbeitszeiten eine hohe Mobilität und Flexibilität hinsichtlich der Arbeitseinsatzorte verlangt. Die Pflegedienstbeschäftigten leisten ihre Pflegearbeit unter ähnlichen Bedingungen, wie Handwerker in Kundendienstbereichen ihre Einsatztouren planen.

Die genannten Gründe haben dazu geführt, dass das Präventionsangebot qu.int.as entwickelt wurde. qu.int.as baut auf einem eigens entwickelten Standard auf, den MAAS-BGW (**M**anagement**a**nforderungen zum **A**rbeit**s**schutz der **B**erufsgenossenschaft für **G**esundheitsdienst und **W**ohlfahrtspflege). Ziel der MAAS-BGW ist die Verwirklichung und ständige Weiterentwicklung des betrieblichen Arbeitsschutzes.

Die MAAS-BGW enthalten ausschließlich Anforderungen an das Management, die die Integration des betrieblichen Arbeitsschutzes in die betrieblichen Strukturen und Prozesse betreffen. Der Kriterienkatalog der Norm DIN EN ISO 9001:2000 wird damit durch die Anforderungen der MAAS-BGW erweitert.

Nutzen für die Teilnehmer

Was verändert sich mit dem Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems mit integriertem Arbeitsschutz für den jeweiligen Betrieb?

- klare Verantwortlichkeiten und Befugnisse
- transparente Abläufe, in die die Arbeitsschutzanforderungen integriert werden
- Synergieeffekte durch gemeinsames Bewerten und Umsetzen von gesetzlichen und berufsgenossenschaftlichen Anforderungen, die die Sicherheit der Patienten/Klienten und der Mitarbeiter betreffen
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- sinkende Fehlzeiten und geringe Mitarbeiterfluktuation
- Reduzierung von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen
- höhere Planungssicherheit
- geringeres Haftungsrisiko — höhere Rechtssicherheit
- Wettbewerbsvorteile durch nachgewiesene Leistungsfähigkeit
- betriebswirtschaftlicher Nutzen

Der mittelfristige Nutzen betriebswirtschaftlicher und wettbewerblicher Art einer Zertifizierung nach qu.int.as lässt sich klar erkennen: Neben der Rückerstattung der Zertifizierungskosten (bis zu 50 Prozent) hat ein qu.int.as-Betrieb mittelfristigen finanziellen Nutzen durch transparente Leistungsprozesse, geringere Krankenstände durch motivierte Mitarbeiter sowie eine effektivere Kundenbindung durch zufriedene Mitarbeiter.

Literatur

[1] *Stanovsky et al.: Gesundheitsmarkt 2004: 21 ff.*

Work-Life-Balance: Familienfreundliche Arbeitsmodelle in der Altenpflege WS F7

Jana Kage,
BGW, Hamburg

Qualifizierte und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind besonders in den klein- und mittelständischen Unternehmen eine der wichtigsten betrieblichen Ressourcen. Mit ihnen steht und fällt die betriebliche Produktivität. Da in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, insbesondere in der Altenpflege, immer noch hauptsächlich Frauen tätig sind, steht diese Ressource angesichts der Veränderungen im weiblichen Lebenslauf jedoch nicht kontinuierlich und selbstverständlich zur Verfügung.

Da Frauen in der Regel immer noch diejenigen sind, die für die Erziehung und Pflege der Kinder zuständig sind, ist die Geburt eines Kindes nicht nur ein freudiger Anlass, sondern ein Umstand, der aufgrund mangelnder Anpassungsfähigkeit auf beiden Seiten und hoher Betreuungskosten im schlimmsten Fall zum dauerhaften Ausscheiden der jungen Mütter aus dem Betrieb führt. Zudem sind es hauptsächlich Frauen, die sich für die Pflege von alten und kranken Familienangehörigen zuständig und bereit erklären. Diese Umstände führen jedoch nicht dazu, dass Frauen der Berufswelt fernbleiben – im Gegenteil: Die berufliche Tätigkeit ist ein wichtiger Teil des weiblichen Selbstverständnisses und aus dem Frauenleben nicht mehr wegzudenken. Für Unternehmensleitungen jedoch erscheint ein veränderter Einsatzwunsch von qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oft geradezu bedrohlich, da die Personaldecke insbesondere in den letzten Jahren dünner geworden ist.

Für beide Seiten stellt sich daher die Frage, wie Arbeits- und Familienleben sinnvoll vereinbart werden können. Aus diesem Grund ist in den letzten Jahren das Interesse von Unternehmensleitungen gestiegen, die Vereinbarkeit der Familien- und der Berufswirklichkeit gezielt zu fördern und damit die Voraussetzungen für eine gesunde Work-Life-Balance zu schaffen.

Der gute Wille allein reicht jedoch nicht, um berufstätige Mütter und Eltern sowie pflegende Angehörige zu unterstützen. Sowohl bei der Geschäftsleitung als auch bei den Personalverantwortlichen fehlen häufig die notwendigen Ressourcen und Informationen, um entsprechende Maßnahmen umsetzen zu können. Dabei geht es in erster Linie um die Integration dieser Themen in die Unternehmensphilosophie und die Firmenpolitik. Mit dem „richtigen" Blick und der Wahrnehmung und Berücksichtigung von Lebenssituationen der Mitarbeiter lassen sich dann betriebsindividuelle Lösungen und Konzepte entwickeln. Zur Optimierung der Work-Life-Balance sollten sich Unternehmen folgende Handlungsfelder ansehen: Arbeitsmanagement (Arbeitszeit, -ort und -organisation), Unterstützung bei der Kinderbetreuung sowie Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Schwangerschaft und Mutterschutz, Elternzeit und Berufsrückkehr sowie die besondere Unterstützung von Vätern.

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt: Gerade in mittelständischen Unternehmen werden oft besonders kreative Lösungen entwickelt – von der gele-

gentlichen Kinderbetreuung im Büro über das Mittagessen für Kinder in der Firmenkantine bis hin zur Beurlaubung bei familiären Angelegenheiten. Besonders wichtig für eine Lösung zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist jedoch die Abstimmung und Anpassung der Arbeitsorganisation. Im Bereich der Kreativwirtschaft wie Werbe- oder Medienagenturen gibt es zum Beispiel die wohl radikalsten Experimente mit dezentralen Arbeitsformen, mobiler Arbeit und Vertrauensarbeitszeit, die auch Familien zugutekommen können – und das, obwohl diese Firmen für besonders lange und flexible Arbeitszeiten bekannt sind.

Im Workshop auf dem bgwforum 2007 stellt sich die Frage, wie positive Erfahrungen aus anderen Branchen im Bereich der Altenpflege genutzt werden können. Im Fokus stehen bisheriges Verständnis sowie vorhandene Ansätze in den pflegerischen Unternehmen und die Frage nach der Übertragbarkeit von Modellen unter den besonderen Bedingungen dieser Branche. Der Workshop vermittelt Anregungen und Impulse, die Work-Life-Balance im eigenen Betrieb zu fördern, und bietet Raum, eigene Erfahrungen auszutauschen.

Gewalt und Aggression: Die Eskalation vermeiden WS F8

Annett Zeh,
BGW, Hamburg
Michael Jung-Lübke,
piag-B, Voerde

Eine große Anzahl von Berufsgruppen widmet sich der Betreuung, Behandlung und Pflege kranker, alter oder behinderter Mitmenschen. In diesen Arbeitsfeldern ist eine stete Zunahme von Verletzungen durch Übergriffe von Patienten und Betreuten zu beobachten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind daher zunehmend gezwungen, sich mit der Thematik der Aggression auseinanderzusetzen. In kaum einem anderen Bereich zeigt sich der Wandel der Arbeitsanforderungen so deutlich wie in den pädagogischen und pflegerischen Berufen: Mitarbeiter sind hier ständig zur Flexibilität und Überprüfung ihrer Fachkompetenz angehalten.

Immer häufiger wird von gewalttätigen Übergriffen seitens betreuter Personen gegen Mitarbeiter aus Pflege- und Betreuungsberufen berichtet. Derartige Zwischenfälle sind in der Alten- und Krankenpflege, in der Arbeit mit behinderten Menschen und in ähnlichen Betreuungsformen keine Seltenheit. Nahezu jeder Beschäftigte macht in seinem Arbeitsleben Erfahrungen mit gewalttätigen Übergriffen, teils als Opfer, teils als ohnmächtiger Helfer. Die genauen Ursachen sind unklar – vielleicht aus Unwissenheit, vielleicht auch falscher Scham –, jedenfalls zählen gewalttätige Übergriffe gegen Mitarbeiter zu den häufig verschwiegenen Problemen unserer Gesellschaft. Mitarbeiter aus den genannten Berufsfeldern sind zum Großteil der Meinung, aggressive Verhaltensweisen und gewalttätige Übergriffe seien nun mal Bestandteil ihrer Arbeit und daher schlicht hinzunehmen. Die Angst vor der Gewalterfahrung gehöre zum beruflichen Alltag.

Hören wir etwas über „Gewalt in der Pflege“, so wird in der Regel an psychiatrische Kliniken gedacht. Dahinter steht die Meinung, dass das Gewaltpotenzial in diesem Bereich der Pflege am größten ist. Die Realität sieht anders aus: Die meisten gemeldeten Übergriffe sind in Behinderten- und in Senioreneinrichtungen zu verzeichnen.

Aggressive oder gewalttätige Verhaltensweisen sind multikausal. Nicht immer sind die Ursachen in etwaigen Nebenwirkungen von verabreichten Medikamenten oder als Begleiterscheinung einer Erkrankung zu finden, wie beispielsweise einer Epilepsie oder auch Alzheimer. Auch ohne physische und psychische Einschränkungen kommt es zu gewalttätigem Verhalten. Aggressives Verhalten kann zum Beispiel eine Gegenreaktion auf erlebte Gewalt oder ein Ausdruck für das Empfinden unangebrachter Ausübung von Macht sein.

Gewalttätige Zwischenfälle sind nicht auf einzelne Personen reduzierbar, das heißt, es ist kein einseitiges Problem von gewaltbereiten Mitmenschen. Aggression ist ein gesamtgesellschaftliches Phänomen und ein Bestandteil unseres Lebens.

Hören oder lesen wir in den Medien Berichte von Gewalttätigkeiten in der Pflege, so sind nicht selten Übergriffe von Mitarbeitern gegen Betreute gemeint. Die Folge ist in diesem Fall klar: Der Mitarbeiter verlässt als arbeitsrechtliche

Konsequenz dieses Arbeitsfeld. Aber wie sieht es aus, wenn Mitarbeiter Opfer von gewalttätigen Übergriffen ausgehend von einem Betreuten werden? Hier bleibt die Arbeitsbeziehung normalerweise bestehen. Das Opfer wird immer wieder mit dem Täter und somit mit der Tat konfrontiert. Hat ein Mitarbeiter nach einem solchen Zwischenfall überhaupt noch die Möglichkeit, neutral mit seinem Pflegebedürftigen umzugehen, oder ist vielleicht sogar der angreifende Betreute selbst zum Opfer geworden bei dem Versuch des Mitarbeiters, sich zu helfen und sich zu verteidigen?

Nicht immer wird der angegriffene Mitarbeiter nach einem Übergriff in angemessener Form betreut. In der Regel sind es nur die sichtbaren Verletzungen, die dokumentiert werden und in eine etwaige Statistik einfließen. Aber die körperlichen Verletzungen sind zumeist so geringfügig, dass sie relativ schnell auskuriert sind. Kleinere Verletzungen, beispielsweise Hämatome oder leichte Blessuren, werden häufig bagatellisiert und schlicht nicht gemeldet. Aber neben diesen physischen Beschädigungen trägt ein Mitarbeiter nach einem ernsten Zwischenfall auch immer eine psychische Belastung mit sich. Nicht selten sind psychoreaktive Störungen die Folge, die unter anderem dazu führen können, dass sich der Krankenstand im Kollegium drastisch erhöht. Eine Aufarbeitung des Erlebten ist zwingend erforderlich.

Je weiter ein Erlebnis mit Gewalt zurückliegt, desto geringer ist die Bereitschaft der Betroffenen, sich damit auseinanderzusetzen. Das heißt jedoch nicht zwangsläufig, dass die Verarbeitung der Erlebnisse mit verstreichender Zeit automatisch bewältigt wird. Hier passt die Aussage „Die Zeit heilt alle Wunden" nicht! Mit voranschreitender Zeit steigt die Schwierigkeit, das Erlebte mit professioneller Hilfe aufzuarbeiten.

Es ist wichtig, dass Mitarbeiter einer Einrichtung bereit und durch ihre Organisation befähigt sind, neben Sofortmaßnahmen, wie zum Beispiel Wundversorgung, auch Erste Hilfe zu leisten. Kollegen eines Teams sind in den meisten Fällen die Ersten, die Kontakt zu einer geschädigten Person haben. Somit sollte es für jeden selbstverständlich sein, hier eine Betreuung anzubieten. Doch zumeist scheitert die Bereitschaft zur Intervention an einer bestehenden Unwissenheit und der daraus resultierenden Angst, etwas falsch zu machen und die Situation noch zu verschlimmern. Und es scheitert daran, dass seitens der Arbeitsorganisation keine (oder kaum ausreichende) entsprechenden strukturgebenden Maßnahmen vorbereitet werden.

Nicht nur die Betreuung der zu Opfern gewordenen Mitarbeiter, sondern auch präventive Maßnahmen sind wichtige Bestandteile zur Vermeidung von Gewalttätigkeiten. Prävention kann organisatorisch, technisch oder personell durchgeführt werden. So kann beispielsweise die Einführung von Mitteilungs- beziehungsweise Notrufsystemen Sicherheit bieten, da in bedrohlichen Situationen Kollegen zur Hilfe gerufen werden können. Eine offene, freundliche und übersichtliche Gestaltung der Räumlichkeiten trägt zu einer angenehmen Atmosphäre bei und fördert eine positive Grundstimmung bei Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern sowie Betreuten. Fortbildungs- und Supervisionsangebote helfen den Mitarbeitern, die direkt mit den Bedürftigen zusammenarbeiten, sich über Interpretations- und Handlungsmöglichkeiten, Rechte und Pflichten zu informieren.

Will man sich mit der Thematik Aggression und Gewalt auseinandersetzen, so wird man schnell feststellen, dass allein schon unterschiedliche Definitionsansätze in der einschlägigen Fachliteratur für Verwirrung sorgen. Daher ist es schwer, Situationen konkret zu beschreiben, etwa bei einer Dokumentation oder auch, um Forschungsergebnisse zu vergleichen. Subjektivität führt zu einer negativen oder positiven Nuancierung des Aggressionsbegriffs. Eine einheitliche und differenzierte Definition wäre deutlich von Vorteil. Auch das Benennen des jeweiligen Ausmaßes aggressiver Verhaltensweisen ist nur sehr schwer möglich. Verhaltenskategorisierungen, in denen verschiedene Verhaltensweisen klassifiziert werden, können hier hilfreich sein.

All diese Tatsachen waren Anlass, das Fortbildungsangebot „PUGA – Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression" zu entwickeln. So entstand in der Zusammenarbeit von BGW und piag-B (Prävention und Intervention gegen Aggression und Gewalt in Betreuungsberufen) ein Programm, das auf Gefahren hinweist und Handlungskompetenzen vermittelt. Ziel des Seminars ist es, die Teilnehmer darin zu unterstützen, innerbetriebliche Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt und Aggression zu initiieren. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem Gebiet kommunikativer Maßnahmen.

Natürlich ist nicht jede Situation mit gewalttätigen Übergriffen vermeidbar, jedoch erfahren die Seminarteilnehmer nicht selten, dass ein solcher Zwischenfall nicht ad hoc, ohne zuvor wahrnehmbare Signale, entstand, sondern sich vielmehr auf einer Eskalationsspirale praktisch hochschaukelte. Häufig werden wir gefragt: „Ich bin einmal angegriffen worden. Wie hätte ich mich dort verhalten sollen?" Nicht selten lautet dann unsere Antwort: „Zunächst intervenieren! Anschließend überlegen, was im Vorfeld zu tun gewesen wäre, um diese Situation möglicherweise zu vermeiden." Es gibt in der Entstehung von Aggressionen wahrnehmbare Signale und Wendepunkte – sogenannte Issues –, die diese Aggressionsbildung erkennen lassen und Möglichkeiten zur rechtzeitigen Intervention bieten.

In der Fortbildung „PUGA" wird aufgezeigt, wie die persönliche Wahrnehmung in einer Konfliktsituation verzerrt sein kann – und was man tun kann, um entscheidende Signale zu erkennen und wahrzunehmen. Außerdem werden Handlungsbeispiele erörtert, wie in bedrohlichen Situationen angemessen reagiert werden kann, um eine etwaige Eskalationsspirale zu durchbrechen. Deeskalation versteht sich dabei als angemessene Intervention, um ein stufenweises Abbauen der Gewaltbereitschaft zu erreichen.

Im Seminar „PUGA" wird auf den Bereich der Wahrnehmung und hierbei speziell auf Wahrnehmungsfehler eingegangen. Durch die Möglichkeit, sich diese

Wahrnehmungsfehler bewusst zu machen beziehungsweise diese einzugrenzen, ergibt sich eine verbesserte Wahrnehmungskompetenz. Hieraus wiederum folgt eine Erweiterung der Interpretationskompetenz: Ein wahrgenommenes Verhalten oder eine wahrgenommene Situation richtig zu interpretieren ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, zu einer angemessenen Reaktion zu kommen. Eine Handlung erfolgt auf die Wahrnehmung und Interpretation einer bestimmten Situation hin. Mit entsprechenden Übungen kommen wir der von uns angestrebten „Harmonie der Kompetenzen" einen Schritt näher.

In der Regel ist in jeder Situation eine Eskalationsdynamik erkennbar. Schwieriger wird es in pathologischen Zusammenhängen oder wenn ein Mitarbeiter als Helfer hinzugerufen wird – und dieser die Situation nicht von Anfang an beurteilen kann. Sollte es doch zu einem körperlichen Eingreifen kommen, ist jedoch auf die Verhältnismäßigkeit zu achten. Unangemessene Reaktionen können (vermeidbare) Verletzungen hervorrufen und in der Folge dienst- oder strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

In dem Seminar werden verschiedene Möglichkeiten einer angemessenen Intervention aufgezeigt, die in erster Linie das Ziel verfolgen, einen etwaigen Angriff abzuwehren oder sich aus Umklammerungen zu befreien, um eine Distanz zwischen angreifender und angegriffener Person herbeizuführen. Hierbei geht es zunächst um das Erlernen von verschiedenen Prinzipien der physischen Intervention, die von dem Mitarbeiter zu unterschiedlichen Techniken kombiniert werden können. Verletzungen oder das Zuführen von Schmerzen durch die angewandten Techniken sollten dabei gänzlich fehlen. Aus diesem entstandenen Abstand soll nun – wenn möglich – zu „milderen" Deeskalationsmitteln gegriffen werden, wie zum Beispiel dem Angebot von Verhaltensalternativen oder auch Gesprächen. Das Erlernen von Techniken zur Überwältigung, Fixierung oder Isolierung einer Person liegt im Aufgabenbereich des Unternehmers, es wird daher in den PUGA-Seminaren angesprochen, bleibt jedoch ohne Bearbeitung.

Kommunikation ist das wichtigste Werkzeug in Arbeitsbereichen, die mit der Betreuung von Menschen beauftragt sind. Mit einer angemessenen Art der „aktiven Kommunikation" können viele Zwischenfälle verhindert werden. Verschiedene Kommunikationstechniken können die Mitteilungsbereitschaft betreuter Personen fördern und somit eine Basis für konstruktive Gespräche schaffen. Aufgrund dieser Wichtigkeit wird das Thema „soziale Kommunikation" als eine Form der Handlungskompetenz in den PUGA-Seminaren schwerpunktmäßig behandelt.

Sucht in der Altenpflege – Wege aus dem Dilemma

WS F9

Peter Heinrich,
Fachstelle Sucht, Calw
Reinhold Wischnewski,
Pflegedienstleitung, Gertrud-Teufel-Seniorenzentrum, Nagold

Angesichts der gestiegenen Lebenserwartung ist davon auszugehen, dass es in näherer Zukunft immer mehr Seniorinnen und Senioren gibt. Im Jahr 2000 war jeder vierte Einwohner älter als 60 Jahre, im Jahr 2030 wird dies jeder dritte sein. Aus der „Bevölkerungspyramide" ist ein „Bevölkerungspilz" geworden.

Parallel zu dieser Entwicklung hat sich in der Gesellschaft eine Stimmung entwickelt, die zwar die Senioren als Zielgruppe für Werbung erkannt hat, allerdings sehr einseitig auf Jugend, Leistung, Konkurrenz, Fitness, körperliche Attraktivität, Gesundheit und Dynamik setzt. Dies sind alles Werte, die naturgemäß beim Älterwerden der Veränderung unterliegen. Vor diesem Hintergrund wird Älterwerden – auch bereits von Jüngeren – als Abbau und Defizit sowie als Lebensphase gesehen, die stark von Verlust geprägt ist. Das Problem: in Würde alt werden.

Sucht ist ein gesellschaftliches Problem

Schätzungen gehen davon aus, dass es in Deutschland rund 4 Millionen Suchtkranke gibt, davon etwa 2,5 Millionen Alkoholiker, 1,3 bis 1,4 Millionen Medikamentenabhängige und zirka 100.000 bis 150.000 Abhängige von illegalen Drogen. Lediglich geschätzte fünf bis zehn Prozent der Süchtigen werden vom Hilfesystem der Suchtberatungsstellen erreicht. Ein großer Teil taucht vielleicht sporadisch wegen anderer Diagnosen in Arztpraxen und Krankenhäusern auf, wird aber in den seltensten Fällen wegen Suchtproblemen behandelt. Auf jeden Süchtigen kommt mindestens eine weitere Person, die stark suchtgefährdet ist beziehungsweise einen schädlichen Gebrauch praktiziert.

Derzeit ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Süchtigen in der Altersgruppe der 65- bis 75-Jährigen bei rund fünf Prozent liegt. Antworten darauf sind nicht leicht zu finden. Hilfsangebote greifen in dieser Gruppe nicht mehr gut, und wenn es darüber hinaus zur sozialen Isolation kommt, ist guter Rat teuer. Aber nicht nur Senioren in der Altenpflege und Altenhilfe sind suchtgefährdet, auch Pflegekräfte und pflegende Angehörige neigen zur Selbstüberschätzung, sind häufig überfordert und helfen sich mit Alkohol und Medikamenten, diese schwierige Situation zu bewältigen. Dies alles sind Erfahrungen der Praktiker in Altenhilfe und Suchthilfe, ohne dass es dafür verlässliche Zahlen gibt. Es fällt allerdings auf, dass die Anzahl der Klientinnen und Klienten aus Pflegeberufen überproportional hoch ist.

Die „Arbeitsgruppe SeniorInnen", die vor mehr als sieben Jahren in Nagold, im Landkreis Calw, Baden-Württemberg, gegründet wurde, hat seitdem versucht, die Bevölkerung mit dem Thema „Sucht im Alter" zu konfrontieren und für Hilfsmaßnahmen zu sensibilisieren. Dies fand im Rahmen von Veranstaltungsreihen, aber auch in Form von Fortbildungen für Pflegekräfte statt. Ferner hat die Arbeitsgruppe im Jahr 2003 eine Informationsbroschüre für die allgemeine Öffentlichkeit herausgegeben, in der neben suchtspezifischen Informationen

auch Adressen von Anlaufstellen, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen aufgeführt waren. 2005 kam es zur Neuauflage, derzeit wird über eine dritte Auflage nachgedacht.

Wesentlicher Baustein eines umfassenden Präventions- beziehungsweise Interventionskonzepts ist die Ausbildung zur „Kontaktperson Sucht", die als Beschäftigte oder Beschäftigter im Pflegeheim oder im Pflegedienst erste Anlaufstation bei Suchtgefährdung sein soll. Dabei soll sie nicht in erster Linie suchttherapeutisch tätig werden, sondern lediglich durch die intensive Kenntnis des vorhandenen Hilfesystems von Krankenhaus, Beratungsstelle, Sozialdiensten und so weiter schnell und kompetent die entsprechenden Kontakte vermitteln. Auch bei Suchtmittelmissbrauch bei Pflegekräften kann sie auf der kollegialen Ebene Kontaktperson sein, arbeitsrechtliche Schritte bleiben jedoch dem Vorgesetzten vorbehalten. Leider konnte diese Fortbildung bisher aus Mangel an Interesse noch nicht durchgeführt werden.

Weitere temporäre Präventionsangebote hat der Arbeitskreis initiiert und begleitet, zum Teil durch Mitglieder auch selbst durchgeführt. Es handelte sich dabei um Gesprächsgruppen für pflegende Angehörige und Trauernde. Konzeptionell stand dahinter die Annahme, die auch durch die zustande gekommenen Gespräche untermauert wurde, dass Menschen in Krisen-, Konflikt- und Belastungssituationen häufiger zum Suchtmittel greifen als Menschen ohne diese Probleme. Ziel ist daher, dass es gelingt, Angebote zu machen, die belastende Situation ohne Suchtmittel zu lösen. Diese Angebote sind häufig wenig spektakulär und thematisieren nur in seltenen Fällen Sucht- und Suchtverhalten. Sie führen jedoch zur Entlastung, bevor gravierende Probleme entstehen.

Im Workshop auf dem bgwforum 2007 werden diese verschiedenen Beispiele diskutiert und Anregungen für eine eigene Umsetzung gegeben. Insgesamt wird deutlich, dass es bei „Sucht im Alter" – sei es bei Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Pflegekräften – keine schnellen Lösungen oder den „Königsweg zum Ausstieg" gibt. Allerdings sind sowohl in der Alten- als auch in der Suchthilfe Ideen und Ansatzpunkte vorhanden, die helfen, einer Problemlösung näher zu kommen.

Reorganisation als Chance für eine erfolgreiche Zukunft

WS F10

Michael Settgast,
Organisationsberater,
contec GmbH,
Kornwestheim

Die Schnelligkeit im Wandel sozialwirtschaftlicher Leistungsfelder und Strukturen verstärkt die Notwendigkeit, Organisationsstrukturen so aufzubauen, dass die Erreichung der gesetzlichen Ziele optimal und mit möglichst wenig organisatorischem und zeitlichem Aufwand sichergestellt werden kann.

In vielen Einrichtungen der Altenhilfe sind die Managementstrukturen und -systeme das Ergebnis einer historischen Entwicklung und entsprechen oftmals nicht mehr den aktuellen Anforderungen, die sich aus den Leistungsprozessen und dem Umfeld des Unternehmens ergeben. Wer flexibel sein will und schnell reagieren muss, benötigt eine kundenorientierte Aufbauorganisation, flache Hierarchien und differenzierte Managementsysteme. Partner- und Netzwerkmanagement lösen zunehmend zentralisierte Konzernstrukturen ab.

Im regionalen Verbund werden der lokale Marktauftritt und die gesamte Angebotspalette integriert: ambulante Wohnformen, teilstationäre und stationäre Betreuungs- und Versorgungsangebote bilden ein Netzwerk, inklusive aller Partner aus Wohnungswirtschaft, Menüdienst und Hausnotruf.

In modernen Strukturen werden Mitarbeiter flexibel und bedarfsorientiert eingesetzt. Dabei werden zunehmend auch die festen Abgrenzungen zwischen stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen überwunden. Der ambulante Pflegedienst übernimmt ebenso Pflegetätigkeiten im Pflegeheim, wie zum Beispiel der Nachtdienst gleichzeitig als Rufbereitschaft für nahe liegende ambulante Wohnformen genutzt werden kann.

Die zukünftigen Generationen werden auf mehr Selbstbestimmung und Selbstständigkeit achten — ausschlaggebender Faktor wird die Anpassung des Heims an den Bewohner sein, und nicht umgekehrt. Nur wenn die Umsetzung dieses Paradigmenwechsels im Heim gelingt, dann wird auch in Zukunft ein Kundeninteresse an der Einrichtung vorhanden sein. Künftig sind weder Formen der „Über-Pflege" noch Formen der Bevormundung mehr gefragt. Es geht einzig und allein darum, was der Kunde wünscht und benötigt.

Daneben ist es wichtig, die Geschäftsprozesse durch konsequente Neugestaltung der Arbeitsabläufe in der Organisation zu optimieren. Eine effiziente Prozessorganisation zeichnet sich durch die Übereinstimmung von Prozess- und Geschäftszielen, die Berücksichtigung von internen und externen Kundenbedarfen, die Konzentration auf wertschöpfende Aktivitäten und die konsequente Messung von Prozessmängeln und Störungen aus.

Zunehmende Fallzahlen und stagnierende Mittel führen zu sinkenden Erlösen pro Klient. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen die Leistungsprozesse wertschöpfungsorientiert ausgerichtet werden. Eine direkte Folge ist die Modularisierung und Flexibilisierung der Leistungen sowohl im stationären

als auch im ambulanten Bereich. Dem Preisverfall wird außerdem durch einen verstärkten Angehörigen- und Ehrenamtseinsatz begegnet.

Fachpromotoren für Milieugestaltung, Gerontologie, Alltagsbegleitung, Palliative Care und Intensivpflege definieren die Leistungsstandards und steuern die Prozessqualität. Wohnbereichshelfer und Alltagsbegleiter übernehmen Bezugsbetreuung und Alltagsbegleitung, während die examinierten Pflegefachkräfte primär Garanten für eine differenzierte und qualitativ hochwertige Versorgung mit Pflegeleistungen sind. Sozialdienste werden zunehmend verantwortlich für Beratungsaufgaben im Gemeinwesen, begleiten Selbsthilfegruppen und schaffen neue Angebote. Darüber hinaus koordinieren sie Dienstleistungen, wie zum Beispiel das „Mehrgenerationen-Café“, und bereiten ehrenamtliche Mitarbeiter mit einer zielgerichteten Qualifikation auf ihren Einsatz vor.

Leitungskräfte entwickeln sich immer mehr zu fachlich und betriebswirtschaftlich ausgebildeten Personal- und Organisationsentwicklern. Pflege ist Beziehungsarbeit. Erst wenn Mitarbeiter Fachkompetenz und Menschlichkeit ausstrahlen, wird Pflege zum Erfolg. Mithilfe von Personalmanagementsystemen werden die notwendigen Werte, Einstellungen und Kompetenzen aufgebaut und entwickelt. Damit dies gelingen kann, bedarf es einer konsequenten Neuausrichtung vorhandener Strukturen, Prozesse, Personal- und Führungskonzepte.

Dieser Beitrag zum bgwforum 2007 bietet Impulse und Anregungen, wie Einrichtungen der Altenhilfe ihre Managementstrukturen und Prozesse so verändern können, dass sie auch in Zukunft als erfolgreicher Anbieter auf dem Markt der Leistungserbringer existieren können.

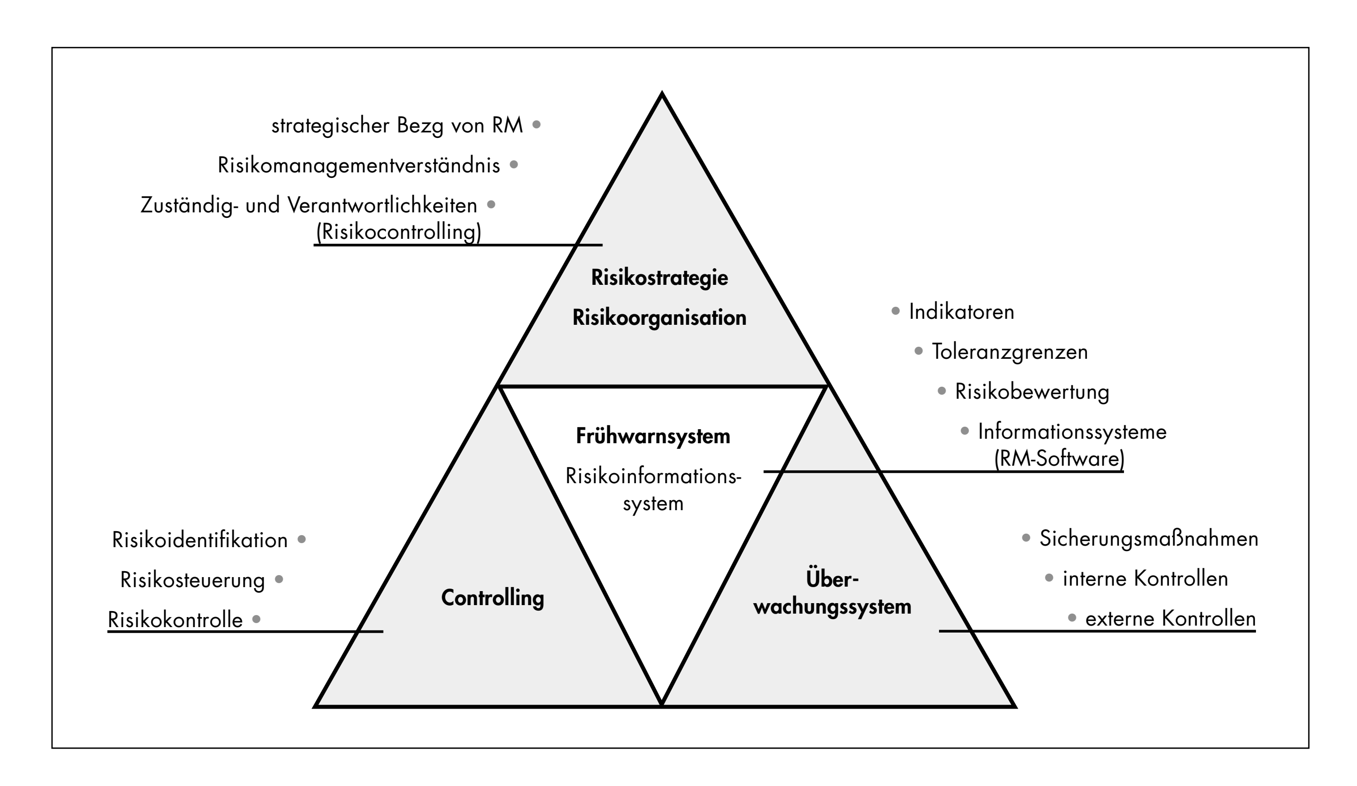
Risikomanagement: Chancen für eine erfolgreiche Unternehmensentwicklung WS F11

Matthias Konrad,
Organisationsberater, contec GmbH, Bochum

Das Gesundheitswesen und die Sozialwirtschaft befinden sich im Umbruch. Real sinkende Entgelte und Veränderungen im gesamten Sozialsystem Deutschlands sind dabei nur ein Teil der wirtschaftlichen Komponente. Die Auswirkungen von Basel II bedingen an vielen Stellen notwendige Veränderungen in der Kapital- und Liquiditätsstruktur. Auch der steigende Wettbewerbsdruck schränkt den Handlungsspielraum ein. Darüber hinaus verändert sich das Anspruchsverhalten der Kunden der Altenhilfe ebenso wie das der Angehörigen. Auswirkungen des medizinischen Fortschritts, aber auch der demografischen Entwicklung führen zu einer erheblichen Veränderung in der Belegungssituation. Die demografische Entwicklung wird in Zukunft auch Auswirkungen auf die Rekrutierung von Fachkräften in der Pflege haben.

Ein modernes Risikomanagement hilft, die Auswirkungen dieser Risiken rechtzeitig zu erkennen, zielgerichtete Veränderungen einzuleiten und damit Chancen aktiv zu nutzen. Neben den gesetzlichen Anforderungen unterstützt das Risikomanagement eine wertorientierte Unternehmensführung. Wie aber sieht ein modernes Risikomanagement aus?

Ziel eines Risikomanagementsystems ist die rechtzeitige Identifikation und Bewältigung von Risiken, die für den Bestand und den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens von Bedeutung sind. Wichtig sind daher, neben einer grundsätzlichen Strategie zum Umgang mit Risiken, ein System zur Überwachung interner risikobehafteter Prozesse, ein Frühwarnsystem für die Risikoerkennung sowie ein effektives und effizientes Controlling, das die Daten des Risikomanagements in das Informationssystem für das Management integriert.



Die **Risikostrategie** bildet die Grundlage eines Risikomanagements. Die Unternehmensleitung muss für alle verantwortlichen Mitarbeiter im Unternehmen transparent festlegen, wie mit Risiken umzugehen ist. Sollen alle Risiken weitestgehend vermieden werden, zum Beispiel Sturzrisiken in der Pflege, oder ist in bestimmten Fällen eine höhere Risikobereitschaft erwünscht, zum Beispiel im Hinblick auf das Risiko der Wirtschaftlichkeit bei der Einführung von neuen Leistungen? Nur wenn die Mitarbeiter wissen, was erlaubt ist und was unbedingt vermieden werden muss, kann die weitere Steuerung von Risiken erfolgreich sein.

Ein **Überwachungssystem** fängt im nächsten Schritt die organisationsinternen Risiken ab. Dies geschieht zum einem durch organisatorische Sicherungsmaßnahmen. Hierzu gehören unter anderem die Vorgabe von Pflegestandards, die Pflegedokumentation, das Vier-Augen-Prinzip, Kompetenzregelungen oder auch der Einarbeitungsplan für neue Mitarbeiter.

Mit Kontrollschritten, die in die Leistungsprozesse eingebunden sind, können Prozessfehler, die in einigen Fällen erhebliche Risiken bergen, vermieden werden. Hier seien nur zwei Beispiele genannt: die Überprüfung der Pflegedokumentation durch die Pflegedienstleitung, also die Funktionstrennung von Durchführung und Prüfung, oder auch die Prüfung des Kassenprotokolls durch einen zweiten Mitarbeiter. In einer weiteren Stufe sollten in regelmäßigen Abständen Prozessprüfungen im Sinne einer internen Revision erfolgen, in denen die Einhaltung von Standards und prozessinternen Kontrollen in Stichproben nachvollzogen wird.

Wozu dient das Ganze? Zur Kontrolle und Sanktionierung der Mitarbeiter? Oder doch eher zur Absicherung der Mitarbeiter, zur Hebung von Lernpotenzialen und zur Vermeidung von eventuell existenzgefährdenden Risiken? Je mehr die Führungskräfte den Nutzen eines Überwachungssystems im Risikomanagement für die Mitarbeiter transparent machen, umso größer wird das Interesse der Mitarbeiter an einer Mitwirkung sein.

Die Steuerung des Risikomanagements sollte dabei in das **Controlling** eingebunden sein. Hier sind im ersten Schritt die Identifikation potenzieller Risiken sowie die Bewertung der Risiken in ihrer Eintrittswahrscheinlichkeit und des möglichen Schadensausmaßes von Bedeutung. Auf diese Weise verschaffen Sie sich einen Überblick über die wichtigsten Risiken, denen Sie die größte Aufmerksamkeit widmen sollten. Die Steuerung der Risiken über Maßnahmen und Verantwortlichkeiten sowie die Prüfung, ob Risiken erfolgreich vermieden wurden, vervollständigen das Controlling im Rahmen des Risikomanagements.

Damit Risiken, die sich langfristig entwickeln, nicht erst bei ihrem Eintritt erkannt werden, wird ein modernes Risikomanagement mit einem **Frühwarnsystem** abgerundet. Durch eine regelmäßige Beobachtung der Risiken und die Bewertung ihrer Entwicklung anhand von Indikatoren können Sie beurteilen, ob Maßnahmen zur Abwendung der Risiken notwendig werden. Wann solche Maßnahmen

umzusetzen sind, können Sie anhand von Toleranzgrenzen für die einzelnen Indikatoren festlegen.

Da die Unternehmensleitung nicht alle Risiken eigenhändig beobachten kann, werden für diese Verantwortlichkeiten vergeben. Hierüber wird aber nicht nur die Arbeitsteilung, sondern auch die Einbindung von Führungskräften in die Risikopolitik und das Risikomanagement praktisch umgesetzt.

Wissen, was Mitarbeiter bewegt: Das BGW-Betriebsbarometer

WS F13

Doris Venzke,
Venzke — Beratung & Training, Wörth am Rhein

Der verschärfte Wettbewerb im Gesundheitswesen setzt alle unter Druck. Die Einrichtungen sind dazu gezwungen, immer mehr in immer kürzerer Zeit für möglichst wenig Geld zu leisten. Die Hauptleidtragenden sind unter anderem die Pflegekräfte, die im Umgang mit Patienten und Bewohnern täglich großen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt sind.

Kein Wunder also, dass bei vielen die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit sinkt, wenn das auch nicht immer laut kundgetan wird. Oftmals zeigt nur die hohe Fluktuation bei den Beschäftigten an, dass etwas nicht stimmt. Die Flucht aus einem belastenden Arbeitsverhältnis ist nicht selten ein Schutzmechanismus, denn eine dauernde übermäßige Belastung führt zu gesundheitlichen Beschwerden, langfristig sogar zu ernsthaften Erkrankungen und Arbeitsausfall. Aber die hohen Anforderungen, die heute an Einrichtungen im Gesundheitswesen wie die Altenpflegeeinrichtungen gestellt werden, können nur mit gesunden, hoch motivierten und professionell arbeitenden Pflegekräften bewältigt werden.

Wie es nun um die „Gesundheitskultur" (im Sinne eines Stärken-Schwächen-Profils) in einem Unternehmen bestellt ist, lässt sich mithilfe einer Mitarbeiterbefragung untersuchen. Mit diesem Verfahren der Personal- und Organisationsentwicklung wird der Ist-Zustand aus Sicht der Mitarbeiter, die ja Experten in eigener Sache sind, umfassend dargestellt. Eine Mitarbeiterbefragung liefert genaue Aussagen über die psychosozialen Belastungsfaktoren und ist damit präziser als eine bloße Situationsbeobachtung. Außerdem lassen sich Mitarbeiterbefragungen standardisieren und mit ähnlichen Betrieben im Gesundheitswesen vergleichen.

Moderne Unternehmen nutzen zunehmend das Wissen ihrer Beschäftigten als Grundlage für notwendige Verbesserungen und Umstrukturierungen. Mitarbeiterbefragungen setzen in den meisten Fällen in einem Betrieb neue Impulse. Eine erstarrte Unternehmensstruktur kann damit aufgelockert, umgewandelt, lebendiger gestaltet werden – zum Wohle aller Beteiligten. Zudem lassen sich die umgesetzten Maßnahmen wiederum überprüfen.

Unter einer Mitarbeiterbefragung wird verstanden [1]:

- Ein Instrument partizipativer Unternehmensführung, mit dem
- im Auftrag der Geschäftsleitung,
- in Zusammenarbeit mit den Arbeitnehmervertretungen,
- mithilfe von standardisierten und/oder (teil-)standardisierten Fragebögen und/oder (teil-)strukturierten Interviews,
- anonym, auf freiwilliger Basis,
- direkt bei allen Mitarbeitern oder in repräsentativen Stichproben,
- Probleme mit ihren einzelnen Komponenten und/oder Einflussfaktoren,
- unter Beachtung methodischer, organisatorischer und rechtlicher

Rahmenbedingungen,
- Informationen über die Einstellungen, Wertungen, Erwartungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter,
- bezogen auf bestimmte Bereiche der betrieblichen Arbeitsumwelt und/oder der Umwelt gewonnen werden,
- um daraus Hinweise auf betriebliche Stärken und Schwächen zu erlangen, deren Ursachen im Dialog zwischen Mitarbeitern und Führungskräften zu klären sind, um konkrete Veränderungsprozesse einzuleiten. (1)

Um die begriffliche Bestimmung abzurunden, bleibt festzuhalten, dass kaum ein Instrument des zeitgemäßen Personalmanagements so viele falsche Assoziationen weckt wie die Mitarbeiterbefragung (MAB) – die folgende Auflistung reflektiert einige davon. Daraus folgt, dass diese Assoziationen oder, besser gesagt, die negative Einstellung, die sie vermitteln, das ausdrücken, was eine MAB eben nicht sein sollte oder zur Folge hat. (1)

Eine Mitarbeiterbefragung ist somit unter anderem:
- keine sozialromantische Basisdemokratie
- kein Ansatz der Unternehmensleitung für ein Observierungs- und Manipulationsinstrument, vor dem man zwangsläufig Angst haben muss
- keine günstige Gelegenheit, mal so richtig auf einen Kollegen zu schießen
- keine „Gute-Fee-Wunschliste", in der sämtliche Wünsche abgeladen werden, für deren Erfüllung die Belegschaft dann die Unternehmensleitung zuständig sieht
- kein Anlass zum Entstehen von Autoritätsverlusten bei Führungskräften
- keine Garantieerklärung für prompte Zufriedenheit im Unternehmen (1)

Wie gesagt: Das alles steht in keinem Zusammenhang zu einer Mitarbeiterbefragung!

Die bisherigen Erfahrungen haben allerdings gezeigt, dass viele Einrichtungen nicht über das fachliche Know-how beziehungsweise die finanziellen Ressourcen verfügen, um eine komplette Mitarbeiterbefragung durchzuführen. Dazu gehört insbesondere die Auswertung und Interpretation der Fragebögen. Meist sind keine Vergleichsdaten vorhanden, die eine korrekte Bewertung der Ergebnisse zulassen.

Die BGW, Bereich Gesundheits- und Mobilitätsmanagement, hat deshalb in Zusammenarbeit mit dem Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) das BGW-Betriebsbarometer entwickelt. Dieses Betriebsbarometer ermöglicht es den BGW-Mitgliedsbetrieben, kostengünstig, eigenständig und professionell Mitarbeiterbefragungen durchzuführen.

Das standardisierte und nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitete BGW-Betriebsbarometer beinhaltet ein breites Fragenspektrum aus folgenden Themenbereichen:

- Arbeitsorganisation und Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Tätigkeitsbereichen im Haus
- Selbsteinschätzung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinsichtlich ihrer beruflichen Situation und ihrer arbeitsbedingten Belastung sowie Bewertung der Arbeitszufriedenheit
- Tätigkeitsbeschreibung und Beschreibung des Gesundheitszustands der Beschäftigten
- Arbeitszeiten (Schichtmodell, Anzahl der Überstunden)
- soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen
- Arbeitssicherheit und Unfallverhütung
- Veränderungsvorschläge der Beschäftigten

Der Ergebnisbericht, der von IGES für den Betrieb erstellt wird, erläutert die Antworten der befragten Mitarbeiter sowohl schriftlich als auch grafisch. Zusätzlich sind in Form eines Benchmarkings Vergleiche mit anderen Einrichtungen der eigenen Branche möglich. So können die Ergebnisse besser interpretiert, bewertet und eingeordnet werden. Diese Vergleiche werden von der BGW zusammen mit IGES auf der Basis anonymisierter Daten von mindestens fünf vergleichbaren Institutionen vorgenommen.

Literatur

[1] *Wikipedia, die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 30. Mai 2007, 11:02 UTC. URL: http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Mitarbeiterbefragung&oldid=32516853*

Modell der Zukunft: Das multikulturelle Seniorenzentrum

WS F14

Ralf Krause,
Geschäftsführer DRK Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg", Duisburg

Das Multikulturelle Seniorenzentrum „Haus am Sandberg" wurde im Januar 1997 bezogen. Es ist die Nachfolgeeinrichtung des DRK-Altenheims „Haus Rheinkamp". Bereits im Jahr 1994 wurde ein Pilotprojekt „ESA – Ethnischer Schwerpunkt Altenhilfe" zur Konzipierung eines „Internationalen Altenheims" ins Leben gerufen. In Kooperation zwischen dem DRK-Landesverband-Nordrhein e. V., dem Träger der Einrichtung, und dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Gerhard-Mercator-Universität Duisburg wurde das dreijährige Pilotprojekt, gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege, durchgeführt und in einem Abschlussbericht dokumentiert. Schwerpunkt war unter anderem die interkultuelle Organisationsentwicklung – das heißt, die Belegschaft hat sich interkulturalisiert und die Dienstleistungen ebenso. Durch den langjährigen gemeinsamen Lernprozess hat sich ein kollektiv gebildetes Sinnsystem entwickelt, das als Handlungsmuster nach außen und Sozialisationskraft nach innen wirkt.

Da in Duisburg rund 59.000 türkische Bürger leben (Stand Februar 2005) und damit die zahlenmäßig stärkste Gruppe im Bereich der Migranten bilden, hat man sich entschieden, für diese Bevölkerungsgruppe erstens eine notwendige Aufklärungsarbeit zu leisten und zweitens einen, wie sich heute herausstellt, zukunftsweisenden Weg für die stationäre Altenhilfearbeit aufzuzeigen.

Der Hintergrund war und ist, dass der landläufig unterstellte Rückkehrwillen der älteren Migranten lediglich als Annahme zu verstehen ist, aber nicht den realen Verhältnissen entspricht. Nachdem dies in Rücksprache mit Fachleuten bestätigt worden war, sollte ein stationäres Angebot, wenn nicht schon für die erste Generation der Einwanderer, dann doch für alle folgenden geschaffen werden.

Von 1997 bis zum August 2007 konnten so über 50 Migrantinnen und Migranten, unter anderem aus der Türkei, Griechenland, den Niederlanden, Russland, Italien und Tunesien, vollstationär oder als Kurzzeitpflegegäste betreut werden. Zurzeit leben 18 Migrantinnen und Migranten in der Einrichtung, unter anderem aus der Türkei, Tunesien und den Niederlanden, weitere drei Anwärter stehen auf der Warteliste.

In den Jahren 1998 bis 2000 wurde ein weiteres Projekt – „Clearing- und Beratungsstelle für ältere Migranten" – mit den oben genannten Kooperationspartnern und Förderern durchgeführt. Hierbei ging es vorrangig um die Vernetzung der Altenhilfe und der Migrationssozialarbeit in Duisburg und Umgebung. Der Abschlussbericht ist unter www.drk-has.de.vu zu erhalten.

In den vergangenen neun Jahren waren mehr als 300 Besuchergruppen aus aller Welt zu Besuch im Multikulturellen Seniorenzentrum in Duisburg. Bei allen Besuchern wurde auch das weitere inhaltliche Konzept der Einrichtung, den

Wohnaspekt in den Vordergrund zu stellen, einhellig als zukunftsweisender Weg hin zu einer humanen Betreuung und Pflege älterer Menschen gelobt. Der kontinuierliche Prozess, alle sichtbaren krankenhausähnlichen Symbole (wie zum Beispiel weiße Kleidung, Begriffe wie Patient, Schwester, Station) durch alltägliche Formen und Symbole (wie farbige Bekleidung der Mitarbeiter, Teppiche in den Fluren, Ansprache als Bewohner und Mitarbeiter sowie die Mitnahme von eigenen Möbeln oder Haustieren) zu ersetzen, ist eindeutig geglückt. Auch in einem normalen Wohnumfeld ist eine dem SGB XI entsprechende Pflege und Betreuung möglich. Durch diese konzeptionelle Ausrichtung und einem humanen und individuellen Umgang miteinander hat das „Haus am Sandberg" einer großen Anzahl junger Menschen, ob durch Zivildienst, ein freiwilliges soziales Jahr oder Berufspraktika, den Einblick in die verschiedenen Berufsfelder ermöglicht und sie motiviert, ihre berufliche Zukunft im Altenhilfebereich zu finden.

Philosophie/Leitbild des Hauses

- Unser wichtigstes Ziel ist es, die Bewohnerinnen und Bewohner so zu betreuen, dass sie sich körperlich und seelisch optimal versorgt und umsorgt fühlen.
- Kompetente Pflege und Menschlichkeit sind unsere Leitmotive. Pflege mit Herz, Hand und Verstand ist unsere Stärke.
- Die individuellen Wünsche und die Zufriedenheit unserer Bewohner haben höchste Priorität. Denn Verständnis und Einfühlungsvermögen sind wesentliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche, bewohnerorientierte Pflege und Betreuung. Deshalb sorgen wir dafür, dass sich unsere Bewohner in einer Atmosphäre der Sicherheit und Geborgenheit rundum wohlfühlen können. Wir sehen jeden Bewohner als Einheit aus Körper, Geist und Seele. Wir berücksichtigen Herkunft, Gewohnheiten und Fähigkeiten, um Gesundheit und Selbstständigkeit zu wahren und zu fördern.
- Am Pflegeprozess sind unsere qualifizierten Mitarbeiter, Fachkräfte wie Ärzte, Logopäden, Krankengymnasten und Therapeuten sowie die Angehörigen der Bewohner beteiligt.
- Gemeinsam erkennen wir die Fähigkeiten unserer Bewohner und fördern diese durch individuelle Anleitung und Hilfe zur Selbsthilfe. Verloren gegangene Kompetenzen sollen dabei weitgehend wiedererlernt und vorhandene gestärkt und ausgebaut werden.
- Wir erfüllen unsere Aufgaben im Team – geplant und zielorientiert, ressourcenschonend und mit hoher Qualität.
- Wir motivieren unsere Bewohner, die Pflege aktiv mitzugestalten. Unsere Handlungsweisen überprüfen und hinterfragen wir täglich aufs Neue. Der Pflegeprozess wird so ständig weiterentwickelt und die Qualität auf hohem Niveau gesichert.
- Kompetente und flexible Mitarbeiter sind für die Qualität unserer Arbeit entscheidend.
- Unser **Motto für die Pflege** lautet: „Professionalität und Herzlichkeit sorgen für die Zufriedenheit unserer Bewohner."

Die Lebensqualität unserer Bewohnerinnen und Bewohner bestimmt das Denken und Handeln aller Mitarbeiter des DRK-Landesverbandes Nordrhein. Damit stellen wir den Menschen als individuelle Persönlichkeit in den Mittelpunkt unseres Wirkens und entsprechen so den Grundsätzen und Leitlinien des Deutschen Roten Kreuzes. Unsere Bewohnerinnen und Bewohner leben in einer sicheren Gemeinschaft, behalten ihre Unabhängigkeit und treffen weitestgehend selbstbestimmte Entscheidungen.

Jede Bewohnerin und jeder Bewohner in einer stationären Einrichtung des DRK-Landesverbands Nordrhein erhält entsprechend der individuellen Lebensumstände Hilfestellung, Betreuung, qualifizierte und aktivierende Pflege unabhängig von

- Nationalität
- ethnischer Zugehörigkeit
- Geschlecht
- sozialer Stellung
- religiöser oder politischer Überzeugung

Bewohner

Da die Pflege und Betreuung auf einem marktfähigen Konzept basieren muss, bilden soziales Handeln und wirtschaftliches Denken keinen Widerspruch mehr. Deshalb hat das Seniorenzentrum „Haus am Sandberg" sich der Aufgabe gestellt, wirtschaftlich in einer Mischkalkulation der Bewohnerstruktur – bezogen auf die Pflegeeinstufungen – zu arbeiten, das heißt, die Einrichtung versucht, möglichst folgende Belegungsstruktur im Jahresdurchschnitt zu erreichen:

- Pflegestufe 0: 10 Prozent
- Pflegestufe 1: 25 Prozent
- Pflegestufe 2: 40 Prozent
- Pflegestufe 3: 25 Prozent

Dies bedeutet unter anderem:

- Beibehaltung eines wohnlichen Ambientes
- gesicherte wirtschaftliche Tragfähigkeit auf Dauer
- höhere Verweildauer der Bewohner in der Einrichtung (zurzeit durchschnittlich fünf Jahre – der Bundesdurchschnitt liegt bei zirka zweieinhalb Jahren)
- Sicherheit im Hinblick auf bestehende Arbeitsverhältnisse

Pflegesystem im „Haus am Sandberg"

Aufgrund der baulichen Gegebenheiten – neun Wohngruppen mit jeweils zehn bis elf Bewohnern – bietet sich eine Bereichspflege an. Dieses Pflegesystem wird unter dem ganzheitlichen Aspekt, bei dem jeweils ein Mitarbeiter des Pflegepersonals bei einer Gruppe von Bewohnern alle erforderlichen Pflegetätigkeiten durchführt, angewandt.

Interkulturelle Öffnung

Wir alle reisen auf kulturellen Landkarten durch unser Leben. Diese kulturell unterschiedlichen Karten beinhalten unter anderem:

- die Ideen der Beziehungen
- die Ideen von Krankheit und Gesundheit
- die Ideen der Behandlung und Therapie

Interkulturelle Öffnung beinhaltet den Versuch, auf der Landkarte eines Menschen anderer Kultur mitzureisen und einen gemeinsamen Weg zu finden, ohne ihm den eigenen Weg aufzuzwingen.

Das Pilotprojekt ESA 1994 – 2003

Projektlaufzeit: 1. Oktober 1994 bis 30. September 1997. Gefördert aus Mitteln der Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen und Eigenmitteln des DRK-Landesverbands Nordrhein e.V.

Schwerpunkte der Arbeiten waren unter anderem:

- Vorbereitung der Bewohner
- Fortbildung der Mitarbeiter
- Gewinnung von Migranten für die Pflegeausbildung
- Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund
- Gewinnung von ehrenamtlich tätigen Migranten

Konfliktpotenziale im interkulturellen Pflegeteam

- Geschlechtsspezifische Konflikte: In den Pflegeteams arbeiten rund 70 Prozent Frauen und 30 Prozent Männer. Für viele Männer besteht ein Problem darin, fast ausschließlich mit Kolleginnen zu arbeiten und eine weibliche Vorgesetzte zu haben. Dies kann sich aufgrund bestehender Rollenzuschreibungen in Migrantenkulturen noch verstärken.
- Generationenkonflikte: Ältere Migranten haben häufig Werte und Normen ihrer Herkunftsgesellschaft tradiert. Jüngere Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, die in Deutschland sozialisiert sind, lehnen nicht selten diese Vorstellungen und Verhaltensweisen ab.
- Ethnische Konflikte und religiöse Konfliktpotenziale: Verschiedene ethnische Gruppen schließen sich zum Teil gegenseitig aus; Mitarbeiter einer ethnischen Gruppe werden von Bewohnern einer anderen ethnischen Gruppe abgelehnt. Innerethnische und religiöse Konfliktpotenziale aus den Herkunftsländern bleiben bestehen.
- Zuständigkeitskonflikte: Migranten wird eine Alleinzuständigkeit für „ihre" Gruppe zugeschrieben, in der Annahme, dass sie aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit alles über diese wissen. Ihnen wird eine Expertenrolle in Bezug auf eine Bevölkerungsgruppe zugeschrieben, die sie meist gar nicht wirklich kennen.

Konfliktpotenziale entstehen außerdem zwischen den Funktionsbereichen und dadurch, dass Laien zu Experten werden und sich externe „Laienexperten" einmischen – so diskutieren zum Beispiel Mitarbeiter verschiedener Bereiche, Angehörige, Ehrenamtliche und Externe bei der Klärung von Bedürfnislagen und unbekannten Verhaltensweisen von Bewohnern mit.

Konfliktmanagement und Lösungsstrategien im interkulturellen Öffnungsprozess
In vielen Fällen sind die Ursachen entstehender Konflikte verdeckt. Insbesondere in den Fällen, bei denen es sich um ethnische oder innerethnische Konfliktpotenziale handelt, können die Ursachen im Team kaum reflektiert und selbst geklärt werden. Die direkte Klärung eines Konflikts ist in der Regel nicht möglich, da unausgesprochene Urteile und Vorurteile mitschwingen. Hinzu kommt die Befürchtung vieler Mitarbeiter, bei einer offenen Aussprache von anderen als fremdenfeindlich betrachtet zu werden. Eine gute Lösungsstrategie in diesen Fällen besteht darin, externe Fachkräfte einzubeziehen. Bewährt hat sich die Klärung vorhandener Konfliktpotenziale durch eine indirekte Herangehensweise, ein interkulturelles Supervisionsangebot und ein laufendes Fortbildungsangebot.

Pflegerische und soziale Betreuung
Im Vordergrund der Arbeit steht der Wohnaspekt, bis hinein in den Bereich der Schwerstpflege. Die Bewohner des Hauses erhalten entsprechend des abgeschlossenen Leistungsvertrags alle benötigten Hilfestellungen mit der gebotenen menschlichen Zuwendung, ohne den Anspruch auf professionelle soziale Hilfe zu verlieren (Hilfe zur Selbsthilfe). Alle Mitarbeiter handeln nicht für die alten Menschen, sondern mit ihnen und nur in ihrem ausdrücklichen Auftrag.

Die Vorgehensweisen und Handlungsschritte müssen mit dem jeweils anvertrauten Bewohner situativ abgesprochen werden, um seinen Bedürfnissen gerecht werden zu können. Menschlich pflegen heißt, den Bewohner als Individuum zu betrachten. Die Grundlage des pflegerischen Handelns bildet das bedürfnisorientierte Pflegemodell nach Monika Krohwinkel – AEDLs (AEDL = Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens; Skala zur Erfassung der Dimensionen, die bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich zu den Dimensionen der alltäglichen Aktivitäten berücksichtigt werden müssen).

Konzept der Betreuung und Pflege chronisch verwirrter Bewohner
Das Konzept für die Betreuung demenziell erkrankter Menschen ist wesentlich mit der Haltung der Mitarbeiter gegenüber den Bewohnern verbunden. Diese Haltung soll unter anderem geprägt sein durch eine annehmbare, akzeptierende und wertschätzende Haltung – für diese drei Begriffe steht der Ansatz der integrativen Validation. Weitere Anforderungen sind Empathiefähigkeit, Respekt, Neugierde und Flexibilität. Jeder Mitarbeiter soll eine bewohnerorientierte Grundeinstellung haben, wie zum Beispiel das Normalisierungsprinzip: Das heißt, Menschen mit geistigen, seelischen oder körperlichen Beeinträchtigungen sollen ein Leben führen können, das dem ihrer nichtbehinderten Mitmenschen entspricht – ein Leben so normal wie möglich.

Der Normalisierungsansatz in der Demenzbetreuung:
- Alltagsorientierung
- Partizipation
- Dezentralisierung
- Entwicklungsorientierung

Konzept der sozialen und pflegerischen Betreuung

Bei einer Darstellung von Ansätzen für die Altenpflege und soziale Arbeit mit älteren Migranten soll in diesem Rahmen kein geschlossenes Konzept entwickelt werden. Vielmehr werden im Folgenden einige Überlegungen und Ansätze aus der Erfahrung der Arbeit mit älteren pflegebedürftigen Migranten – mit dem Schwerpunkt türkisch-muslimischer Migranten – vorgestellt, die zu einer weiteren Entwicklung der Pflege und sozialen Arbeit mit diesen beitragen soll.

Pflegerische und soziale Betreuung der Migranten bedeutet nicht, ein „Sonderangebot" zu stellen, sondern vielmehr die Zielsetzungen der Altenhilfe, wie sie für die hiesigen alten Menschen gelten, auch für die Migranten zu übernehmen, also jeden Bewohner, auch den Migranten, mit seinen individuellen Bedürfnissen als ganzheitliche Person zu betrachten.

Zum Erhalt der Lebensgewohnheiten sind folgende Kriterien zu beachten:

- Erhaltung der Individualität: die Migrantinnen und Migranten stellen keine homogene Gruppe dar
- interne- und externe Fort- und Weiterbildung des Personals in allen Bereichen der Arbeit mit Migranten
- bilinguales/bikulturelles Personal in allen Bereichen, besonders in der medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Betreuung, möglichst ganztags
- Erhaltung der Religiosität und der eigenen Identität, geistige Betreuung durch Bereitstellung von geeigneten Räumen für Gottesdienste, Mevlüt (religiöse Messen bei wichtigen familiären Ereignissen), eine Mecid (Gebetsraum für Muslime), Koranlesungen
- geschlechtsspezifische Grundpflege, Sensibilisierung für das Hygieneverständnis unter Einbeziehung aller AEDLs
- Beachtung der Essgewohnheiten, besonders bei Muslimen
- Förderung und Erhaltung der Interaktion und sozialen Kontakte: den Migranten die Möglichkeit geben (sofern der Wunsch besteht), mit Landsleuten auf einer Etage zu leben = multikultureller Wohnbereich
- Freizeitangebot für Migranten (aber meist zusammen mit allen anderen Bewohnern): gemeinsames Zubereiten traditioneller Gerichte, gemeinsames Treffen zum Teeklatsch (Cay Sohbeti), Gestaltung der Feste
- Zusammenarbeit mit türkischen Ehrenamtlichen und türkischen Selbsthilfeorganisationen und Vereinen zur Schaffung einer lebensnahen Atmosphäre

Besonderheiten der Einrichtung

- **Mediterraner Markt:** Der mediterrane Markt soll ein wiedergewonnenes Gefühl von Selbstständigkeit und Freiheit vermitteln. In mediterraner Atmosphäre sollen besonders die demenziell erkrankten Bewohner wieder in die Lage versetzt werden, selbstständig mit eigenem Geld einzukaufen. Hierbei kann der Bewohner wieder nach eigenem Geschmack einkaufen, sich in das Marktgeschehen begeben und eigene Entscheidungen treffen. Für die immobilen Bewohner gibt es seit Januar 2003 das Angebot des

Einkaufs am „fahrbaren Markt“: Die Mitarbeiter des sozialen Dienstes fahren hierbei mit dem Marktwagen über die einzelnen Etagen beziehungsweise zu den Bewohnerzimmern.

- **Snoezelen:** Der Begriff „Snoezelen“ ist eine Zusammensetzung der holländischen Worte „Snuffelen“ und „Doeselen“ und bedeutet „schnüffeln und dösen“. Seit 1997 gibt es im „Haus am Sandberg“ einen von den Pflegemitarbeitern entworfenen Snoezelenraum. Mit dem Snoezelen werden folgende Ziele angestrebt:
  - eine bessere Integration des alten Menschen in seine Umgebung und seinen Alltag
  - Kommunikation mit dem alten Menschen (wieder) ermöglichen
  - den alten verwirrten Menschen optimal erreichen
  - in der geschlossenen Erlebniswelt der dementen Menschen eine Öffnung finden und in dieser Welt mitgehen
  - Selbstwertgefühl, Lebensfreude und Lebensqualität verbessern
  - ein Lächeln auf das Gesicht zaubern

Neue Wege in der Altenpflege: Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege WS F15

Angelika Ammann,
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bielefeld
Stephan Köhler,
BGW, Hamburg

Mit Blick auf den demografischen Wandel und den daraus resultierenden steigenden Unterstützungs- und Pflegebedarf sind Strategien zur Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für die Pflegenden in der Altenpflege notwendig. Zum einen sind Veränderungen konkreter Belastungen am Arbeitsplatz, die sich aus technischen oder organisatorischen Wirkfaktoren ergeben, herbeizuführen. Zum anderen müssen Veränderungen auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Mitarbeiter abzielen, um das Bewältigen von Belastungen zu fördern. Die Förderung der fachlichen, persönlichen und kommunikativen Kompetenz steht ebenso im Fokus wie das Erlernen rückengerechter Pflegemethoden in Kombination mit dem Einsatz kleiner und technischer Hilfsmittel zur Verbesserung des Rückengesundheitsstatus. Mit einem Beratungsangebot speziell für Altenpflegeeinrichtungen möchte die BGW interessierte Betriebe für diese Problematik sensibilisieren und mit ihnen gemeinsam individuelle Strategien und Maßnahmen zur Prävention entwickeln. Die BGW unterstützt die Betriebe dabei durch professionelle Berater insbesondere bei der Problemanalyse, der Konzeption und Umsetzung daraus abgeleiteter Maßnahmen sowie bei der Erfolgsbewertung des Projekts. Ziel dieses Angebots ist die Prävention von Rückenbeschwerden und die langfristige Implementierung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements.

Einführung

Kein Beruf im Gesundheitswesen weist eine so hohe Belastung und so hohe Gesundheitsrisiken auf wie die Altenpflege. Die Pflege und Betreuung alter, kranker und dementer Menschen, der Umgang mit Angehörigen, mit Sterbenden und dem Tod beinhaltet für die Pflegenden eine erhebliche physische und psychische Belastung. Zusätzlich bewältigt werden müssen die tägliche Pflegedokumentation, der Zeitdruck, mögliche Rollenkonflikte und Kommunikationsschwierigkeiten im Team oder berufsübergreifend. Das alles geht natürlich nicht spurlos an den Pflegenden vorbei: Die Beschäftigten in der Altenpflege weisen einen eindeutigen Erkrankungsschwerpunkt im Muskel- und Skelettsystem auf. Rücken- und Nackenschmerzen stehen an erster Stelle der psychosomatischen Beschwerden. Dies belegt unter anderem der BGW-DAK-Gesundheitsreport Altenpflege 2003.

Das Beratungsangebot „Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege (PRüsA)"

Es gibt die unterschiedlichsten Ansätze und Methoden zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderung. Da jede Einrichtung ihre spezifischen Gegebenheiten, Anforderungen und Probleme aufweist, sind auch ganz individuelle, maßgeschneiderte Interventionsprogramme erforderlich. Erfolgversprechend sind dabei Vorgehensweisen, die bei den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation ansetzen. Gezielte und wirkungsvolle Prävention verlangt einen umfassenden, ganzheitlichen Ansatz. Langfristig können dadurch die krankheitsbedingten Ausfallzeiten reduziert und die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter gesteigert werden.

Der Beratungsprozess durchläuft verschiedene Phasen, die in der Übersicht 1 kurz aufgeführt sind. Der Berater leitet die betriebliche Gesundheitsförderung durch eine fundierte Situationsanalyse ein, um mögliche Wirkfaktoren in den baulich-technischen, organisatorischen oder persönlichen Voraussetzungen sowie vorhandene Ressourcen zu lokalisieren (Übersicht 2). Bei der Auswahl der geplanten Maßnahmen sind die Bedarfsgerechtigkeit, die Akzeptanz durch die Mitarbeiter und die Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen.

Das Angebot setzt auf Beratung vor Ort mit dem Ziel der Sensibilisierung für die Problematik sowie auf die Unterstützung bei der Entwicklung individueller Strategien und der Umsetzung von Maßnahmen. Der Projekterfolg wird durch den Einsatz geeigneter Evaluationsinstrumente überprüft. Ein speziell zu diesem Angebot entwickelter Leitfaden ergänzt das Beratungsangebot.

Übersicht 1: Beratungsphasen

- **Kontraktphase:** Information über Projektinhalte und -verlauf
- **Diagnosephase:** Situationsanalyse, Betriebsbarometer und Ähnliches → Ist-Analyse, Ziel- und Maßnahmenvereinbarung, Erstellung eines Maßnahmenkatalogs
- **Umsetzungsphase:** Umsetzung von Maßnahmen und gegebenenfalls Schulungen
- **Auswertungsphase:** Überprüfung und Korrektur im Projektverlauf
- **Nachhaltigkeitsphase:** sechs Monate nach Projektabschluss

Übersicht 2: Situationsanalyse

Baulich-technische Ausstattung

- Ausstattung und Arbeitsschutz
- Ausstattung mit kleinen und technischen Hilfsmitteln
- Dienstzimmer, Speiseräume der Bewohner, Bewohnerbadezimmer, Sozialräume
- Kommunikationstechnik

Arbeitsmenge und -inhalte

(Arbeitsorganisation, Arbeitsablaufgestaltung)

- Qualitätsanforderungen
- Pflegedokumentation
- Arbeitsunterbrechungen
- hohes Engagement

Organisationsstrukturen

- Überstunden, Schicht- und Nachtarbeit, Dienstplangestaltung
- Zuständigkeiten
- Organisationsfluss
- Information und Kommunikation
- berufliche Perspektiven

Soziales Klima

- Beziehungen zu Vorgesetzten
- Schnittstellen (Hauswirtschaft, Reinigungsdienst und so weiter), Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Ärzte, MDK, Apotheken, Sanitätshäuser)
- Zusammenarbeit mit Angehörigen

Qualifikation

- persönliche Voraussetzungen
- Anzahl Fachpersonal
- Arbeitskleidung/Schuhe
- rückengerechte Arbeitstechniken

Psychische und physische Gegebenheiten

- emotionale Erschöpfung
- psychosomatische Beschwerden
- Muskel- und Skeletterkrankungen
- Hauterkrankungen
- Infektionen

Technik in der Altenpflege – was ist möglich, was ist nötig? WS F16

Michael Reichenbach,
Architekt, Reichenbach ProjektServices GmbH, Berlin,
Dr. Vera Gerling,
GER.ON consult & research, Dortmund

Vor dem Hintergrund des seit den 70er-Jahren verstärkt einsetzenden demografischen Wandels und der damit verbundenen gesellschaftlichen Alterung wird vor allem seit Anfang der 90er-Jahre auf die zunehmende Bedeutung des Handlungs- und Forschungsfeldes „Technik und Alter" hingewiesen. In den letzten Jahren hat sich durch die interdisziplinäre Verknüpfung vieler bislang voneinander unabhängiger Forschungsansätze, beispielsweise aus den Bereichen Psychologie, Soziologie, Gerontologie, Elektrotechnik und Design, unter den Bezeichnungen Gerontotechnik, Gerontotechnologie und Gerontechnology eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin entwickelt. Hinsichtlich der praktischen Anwendung dieser Ansätze in der Integration in das baulich-räumliche Umfeld gilt es, die Grenzen auszuloten, die sich im Hinblick auf Alltagstauglichkeit, Akzeptanz und Nutzen ergeben.

Die Gerontotechnologie befasst sich zum Beispiel mit Fragen der Chancen und Risiken, die sich für ältere Menschen in zunehmend technisierten Umwelten ergeben, mit den Anforderungen an Funktionalität, Praktikabilität und Design von technologischen Produkten in alternden Gesellschaften sowie mit wirtschaftlichen Potenzialen technologischer Produkte und Dienstleistungen für ältere und/oder mobilitätseingeschränkte Personen. Dabei steht auch die Frage im Vordergrund, wie Technik dazu beitragen kann, die Selbstständigkeit von Menschen mit physischen, psychischen und sensorischen Kompetenzeinbußen zu erhalten und durch den Einsatz von innovativen Informations- und Kommunikations- (I&K-) Technologien im Falle von Pflegebedürftigkeit informelle und formelle Hilfestellungen zu unterstützen. Im internationalen Vergleich zeigt sich Deutschland in der technischen und technologischen Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen, Angehörigen und Pflegenden als eher zurückhaltend.

Orientiert am potenziellen Nutzen technologischer Produkte und Dienstleistungen für ältere Menschen lassen sich in Anlehnung an Bouma (2001) und Wilde & Franke (2006) insgesamt vier Kategorien aufführen.

1. „Vom Holzbein zur intelligenten Prothese" – Technik zur Kompensation altersbedingter Kompetenzeinbußen

In diesem Bereich liegen die Schwerpunkte in der Geronto- und Rehatechnik, womit allerdings oft eine implizite Gleichsetzung von Alter und Krankheit beziehungsweise Alter und Behinderung einhergeht, was zu Akzeptanz- und Marketingproblemen führen kann. In den letzten Jahren gibt es einen deutlichen Trend zum „Universal Design" beziehungsweise „Design for All". Eine Gefahr des Einsatzes von Technik zur Kompensation liegt in der Begünstigung des sogenannten Immobilitätssyndroms.

2. „Big Brother für ältere Menschen" –
Technik als sicher(nd)er und komfortabler Wegbegleiter im Alltag

Dieser Bereich umfasst vor allem medizinische Anwendungen (zum Beispiel Telemedizin, E-Health oder Gesundheitstelematik) und präventive Gesundheitsstrategien (zum Beispiel technische Anwendungen zur Sturzprophylaxe). Schwerpunkte liegen auf der Optimierung von Leistungsprozessen, der Verbesserung der Ergebnisqualität und Einsparungen im Gesundheitssystem. Ein neuerer Schwerpunkt ist auch in den Anwendungen des „Smart Living" (intelligentes Wohnen) zu sehen.

3. „Technological Support" –
Technik zur Unterstützung pflegender Angehöriger und Dienstleister

Den Hintergrund bildet die zukünftig starke Zunahme von pflegebedürftigen älteren Menschen, die mit einer Abnahme des informellen Pflegepotenzials einhergeht. Dieser Bereich umfasst zwei Gruppen von Technologien: erstens die, die in direktem Zusammenhang mit den zu erbringenden Tätigkeiten stehen (Pflegehilfsmittel), und zweitens die, die ergänzende, kumulative Funktionen erfüllen (zum Beispiel TeleCare oder „Virtuelles Altenheim"). Als TeleCare wird die telekommunikationsgestützte Fernbetreuung beziehungsweise Fernpflege von Patienten und pflegebedürftigen Menschen in ihrem privaten Umfeld unter besonderer Berücksichtigung sozialer Komponenten bezeichnet.

4. „Just for Fun" – Technik als Konsumgut und multimediale Ressource

Dieser Bereich umfasst vor allem neue Medien für ältere Menschen (PC, Handy, Internet, PDA). Vorteile für ältere Menschen werden in erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten (zum Beispiel Online Communities für Senioren) und neuen Wegen des intergenerativen Kontakts, des Erhalts der selbstständigen Lebensführung und der Teilhabe an der Wissens- und Informationsgesellschaft (Partizipation, Bildungs- und Lehrangebote) gesehen. Trotz hoher Wachstumsraten der älteren Internetnutzer finden sich unter den Älteren noch immer die höchsten Anteile der Offliner (Stichwort „Digital Divide").

Im Rahmen der Impulsreferate werden im Workshop auf dem bgwforum 2007 nationale und internationale Praxisbeispiele vorgestellt, Anwendungsmöglichkeiten aufgezeigt, die Sicht der älteren Nutzerinnen und Nutzer anhand von Ergebnissen empirischer Untersuchungen dargestellt und Determinanten von Technikakzeptanz analysiert. Ergänzend werden die baulichen Standards beschrieben, auf denen die Maßnahmen aufsetzen können, und die Grenzen aufgezeigt, innerhalb derer planerische Mängel durch Technik kompensiert werden können.

In der anschließenden Diskussion sollen Chancen und Risiken der (Informations-) Technik in der Altenpflege diskutiert werden, und zwar sowohl aus Sicht der älteren Menschen als auch aus Sicht der Mitarbeiter in der Altenpflege. Abschließend sollen „Workshop Agreements" verabschiedet werden, die in

Form von Dos und Don'ts Hilfestellung bei der zukünftigen Einschätzung und dem Einsatz von (I&K-)Technik in der Altenpflege leisten sollen.

Hinweis: Michael Reichenbach hält auf dem bgwforum 2007 außerdem einen Vortrag in Plenum I zum Thema „Gebäudemanagement in der Pflege: Raum für optimale Arbeitsprozesse".



Autorenverzeichnis

A

Ammann, Angelika, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bielefeld; WS F15: Neue Wege in der Altenpflege: Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege

Andres, Rosemarie, Kommunikationstrainerin, Qualitätsmanagementbeauftragte, Seniorenpark Hinterweidenthal, Trierweiler; WS D4: Wir bestimmen unsere Realität selbst, oder?

Arbel, Moti, Direktor des Lefzeller Home, Herzliya (Israel); WS C11 und WS D1: Mit physischer Intervention Angriffen begegnen

Asmussen-Clausen, Maren, Trainerin für Kinästhetik, Tinglev (Dänemark); WS C6 und WS D6: Kinästhetik – Patientenaktivität fördern, sich selbst entlasten

B

Baars, Stefan, Dr., Staatlicher Gewerbearzt, Gewerbeaufsichtsamt, Hannover; Plenum K, Vortrag: Ein Runder Tisch für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz

Bangert, Christopher, Dr., Deutscher Caritasverband, Freiburg; WS C12: Fit für die Zukunft: Benchmarking in der stationären Altenpflege

Bauer-Sternberg, Sabine, relations Gesellschaft für Unternehmensentwicklung mbH, Hamburg; WS B2: Ganz einfach: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege

Beck, Barbara-Beate, Physiotherapeutin, Forum fBB, Hamburg; WS A4: Die KRISTA-Studie der BGW: Rückengerecht arbeiten mit dem Pflegebett; WS D12: Prävention von Rückenbeschwerden: Im Dschungel der Konzepte; WS E5: Ergonomico – für einen schmerzfreien Rücken

Behr, Thomas, Dr., Betriebsleiter Sozialzentrum Hadamar, Hadamar; Plenum A, Vortrag: Betriebliche Gesundheitsförderung: Wie aktiviert man die Mitarbeiter zum Mitmachen?; Plenum J, Vortrag: Erfolgreiches Wissensmanagement: Komplexe Sachverhalte einfach darstellen am Beispiel Demenz

Biederbeck, Marliese, Dr., Geschäftsführerin des DBfK Landesverbands Bayern e. V., München; Einführungsplenum „Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Zukunftssicherung der Pflege“, Vortrag: Anforderungen aus Sicht der Branche

Bischoff, Joachim, Dr., Trainer BGW-Programm „Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung", Döbern; WS E15: Vorbereitet auf den Ernstfall: Professionelle Sterbebegleitung

Brandenburg, Stephan, Prof. Dr., Mitglied der Geschäftsführung der BGW, Hamburg; Einführungsplenum „Arbeits- und Gesundheitsschutz zur Zukunftssicherung der Pflege", Vortrag: Die BGW als Partner

Brandt, Bärbel, Qualitätsmanagerin, GSS Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Marienkrankenhaus, Siegen; Plenum D, Vortrag: qu.int.as® – Erfolgsfaktor Mitarbeiterorientierung

Braune, Christian, Dr., Theologe und Physiotherapeut, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg-Boberg, Hamburg; WS B4: Wenn alte Menschen ihren Lebensmut verlieren

Brennert, Carola, BGW, Hamburg; WS B2: Ganz einfach: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege

Büttner, Claudia, Logopädin, München; WS B10: Im Gespräch bleiben – mit sprachbehinderten Menschen kommunizieren

D

Damm, Jörg, Geschäftsführer zas safety consult GmbH, Düsseldorf; WS B14 und WS F3: Gefahren im Griff: Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen

Decher, Margarete, Vorstand Zukunftsinstitut Pflege e.V., Castrop-Rauxel; Plenum J, Vortrag: Demenz – was kann die Pflege erreichen?

Dehmer, Heike, Forum fBB, Hamburg; WS C3: Den Arbeitsalltag in der Gerontopsychiatrie entlasten; WS E16: „Geht nicht, gibt's nicht!" – Gesundheitsmanagement in der Neaderklinik Harzwald GmbH

Dettbarn-Reggentin, Jürgen, Mitinhaber des Instituts für sozialpolitische und gerontologische Studien (ISGOS), Berlin; Plenum J, Vortrag: Wohnformen: Was entlastet Demenzkranke und ihre Betreuer?

Dohm, Sandra, BGW, Hamburg; WS B13: Von Siegern lernen: Treffen Sie die Gewinner des BGW-Gesundheitspreises 2007

Druckrey, Vera, Leiterin CBT-Wohnhaus St. Monika, Sankt Augustin; WS F4: Das Jahr des Rückens: Ein Modellprojekt zur Prävention von Rückenbeschwerden

E

Eckardt, Thomas, Eckardt & Koop.-Partner, Beratung, Training, Coaching, Lahnau; WS A11: Intervision: Probleme lösen durch kollegiale Beratung

Engelhard, Gudrun, Trainerin für Kinästhetik, Forum fBB, Hamburg; WS E5: Ergonomico – für einen schmerzfreien Rücken

F

Fischer-Böhm, Dagmar, BGW, Köln; WS B14 und WS F3: Gefahren im Griff: Gefährdungsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen

Flöder, Barbara, Beraterin für Organisations- und Personalentwicklung im Gesundheitswesen, Aachen; Plenum F, Vortrag: Personaleinsatzplanung: Wie man Pflege- und Betreuungspläne optimal gestaltet

Flothow, Anne, Dr., Institut für Gesundheitsmanagement, Hamburg; Plenum H, Vortrag: Was kann den Rücken stärken? Der Ansatz der Salutogenese

Först, Regina, Inhaberin Regina Först-Training, Bordesholm; Plenum C, Vortrag: Hände sprechen Bände: Was sie leisten und was sie brauchen

Freitag, Sonja, BGW, Hamburg; Plenum H, Vortrag: Forschung für die Pflege: Welche Körperhaltungen belasten den Rücken?

Frenk, Dietmar, Projektberater für Gesundheitsförderung, Herdecke; WS D7: Schwerstarbeit: Bewohner mit Übergewicht; WS F4: Das Jahr des Rückens: Ein Modellprojekt zur Prävention von Rückenbeschwerden

Friedrich, Simone, BGW, Hamburg; WS B13: Von Siegern lernen: Treffen Sie die Gewinner des BGW-Gesundheitspreises 2007

G

Gaßmann, Angelika, Evangelische Heimstiftung Stuttgart e. V., Stuttgart; Plenum B, Vortrag: Gesundheit ist Chefsache: Gesundheitsfördernd führen

Gerling, Vera, Dr., GER.ON consult & research, Dortmund; WS F16: Technik in der Altenpflege — was ist möglich, was ist nötig?

Gieschen, Gerhard, Betriebsberater und Unternehmer-Coach, Tübingen; WS D5: Informationsmanagement: Damit Informationen richtig ankommen

Gießler, Wolfram, Leiter des TransKom Servicebüros, BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, Essen; WS B15: Einbeziehen statt ausgrenzen: Interkulturelle Kompetenz in der Altenhilfe

Gregersen, Sabine, BGW, Hamburg; Plenum A, Vortrag: Die wichtigste Ressource nutzen: Gesunde, engagierte Mitarbeiter

Gregor, Klaus, Dr., Richter am Landgericht, Würzburg; Plenum G, Vortrag: Deregulierung und wachsende Eigenverantwortung

H

Haamann, Frank, Dr., BGW, Hamburg; WS A14: Erste Hilfe: Neue Basismaßnahmen der Wiederbelebung; WS B5: Infektion mit MRSA – eine Berufskrankheit?

Halsen, Gabriele, Dr., BGW, Köln; WS C9: Sicherer Umgang mit Desinfektionsmitteln in der Pflege; Plenum K, Vortrag: Branchenbausteine für die Gefährdungsbeurteilung: Beispiel Gefahrstoffe

Hansen, Ralf, Pflege- und Beratungs-Team Ralf Hansen, Düsseldort; WS F5: qu.int.as® – Strategien für eine erfolgreiche Zertifizierung

Haubrock, Manfred, Prof. Dr., Professor für Gesundheits- und Sozialmanagement, Fachhochschule Osnabrück, Osnabrück; WS C7: Effizienz und Qualität – ein Widerspruch? Eine gesundheitsökonomische Betrachtung

Heckel, Wolfgang, Management Beratung Heckel, Hohenstein-Ernstthal; WS E8: qu.int.as® in der Praxis: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement erfolgreich verknüpfen

Heinrich, Peter, Fachstelle Sucht, Calw; WS F9: Sucht in der Altenpflege – Wege aus dem Dilemma

Höfert, Rolf, Geschäftsführer Deutscher Pflegeverband (DPV), Neuwied; WS C10: Standards in der Pflege – Schutz für Leistungsempfänger und -erbringer

I

Inhester, Otto, Krankenpfleger/Diplompädagoge, freier Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke, Dorsten; WS A5: Distanz entlastet: Schuld und Verantwortung klar unterscheiden

J

Jung-Lübke, Michael, piag-B, Voerde; WS F8: Gewalt und Aggression: Die Eskalation vermeiden

K

Kage, Jana, BGW, Hamburg; WS B13: Von Siegern lernen: Treffen Sie die Gewinner des BGW-Gesundheitspreises 2007; WS F7: Work-Life-Balance: Familienfreundliche Arbeitsmodelle für die Altenpflege

Kaiser, Lars, BGW, Hamburg; Plenum H, Vortrag: Im Beruf bleiben: Training und Beratung im BGW-Rückenkolleg

Kämmer, Karla, Inhaberin von KK Training Beratung Weiterbildung, Essen; WS E1: Erfolgsfaktor Gesundheit: Organisationsentwicklung mit LifeCare

Kentgens, Maren, Dr., metapunkt, Hamburg; WS A6: Spannungen vermeiden – Konflikte konstruktiv lösen; Plenum B, Vortrag: Krank durch Konflikte oder gesund durch kompetente Führung?

Klemp, Nicole, CBT Gesundheitsförderung, Caritas-Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln; WS F4: Das Jahr des Rückens: Ein Modellprojekt zur Prävention von Rückenbeschwerden

Knüppel, Johanna, Referentin des DBfK Bundesverbands e. V., Berlin; Plenum B, Vortrag: Wie Führungskräfte fit bleiben

Köhler, Stephan, BGW, Hamburg; WS A15: Fit für den demografischen Wandel: Länger gesünder pflegen; WS F15: Neue Wege in der Altenpflege: Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege

Konrad, Matthias, Organisationsberater, contec GmbH, Bochum; WS F11: Risikomanagement: Chancen für eine erfolgreiche Unternehmensentwicklung

Krämer, Katrin, Dr., IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin; Plenum A, Vortrag: DAK-BGW Gesundheitsreport 2006: Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege; WS E6: Sicher ankommen: Pkw-Fahrten in der ambulanten Pflege

Krause, Ralf, Geschäftsführer DRK Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg", Duisburg; WS F14: Modell der Zukunft: Das multikulturelle Seniorenzentrum

Krohn, Manfred, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e. V., Hamburg; Plenum E, Vortrag: Stationäre Pflege weiterentwickeln, Qualität sichern – ein Modellprojekt

Kromark, Kathrin, BGW, Hamburg; WS B3: Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege

Kronsteiner-Buschmann, Corinna, Zukunftsinstitut Pflege e. V., Castrop-Rauxel; Plenum J, Vortrag: Demenz — was kann die Pflege erreichen?

Krüggeler, Kristina, Pflegedienstleiterin, Theodor Fliedner Haus, Hamburg; WS A13: Alles wunderbar? Mehr Durchblick mit begleitenden Fallbesprechungen

Küfner, Sigrid, BGW, Hamburg; WS E9 und WS F6: Praktische Erfahrungen mit al.i.d.a®: Die Zeit-Leistungs-Analyse

Kuhn, Stefan, BGW, Mainz; Plenum H, Vortrag: Wirbelsäulenbelastung beim Bewegen von Patienten

Kwiatkowski, Bernd, Training und Beratung, Pflegemanagement-Seminare, Mettmann; WS E2: Die hohe Kunst des Managements: Flexibel führen

L

Lauber, Heike, Kommunikationstrainerin, Kompetenzzentrum für Prüfungen in der Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg; WS D2: Gute Kommunikation zwischen Illusion und Realität; WS E3: Hilfe für die Helfer: Psychische Belastungen erkennen und erfolgreich bewältigen

Lempert-Horstkotte, Jürgen, Betriebliches Gesundheitsmanagement, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld; WS D8: Der Weg zu einer gesunden Organisation: Betriebliches Gesundheitsmanagement im Verbund

Lorenz-Ginschel, Elinor, Auditorin DEKRA-Certification, Feldafing; Plenum E, Vortrag: Qualitätsmanagement: Mit integriertem Arbeitsschutz die MDK-Anforderungen erfüllen

M

Maier, Reiner, Geschäftsführer Maicon GmbH, MAAS-Auditor, Troisdorf; Plenum D, Vortrag: Warum Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz?

Mäkler, Christiane, Forum fBB, Hamburg; WS C3: Den Arbeitsalltag in der Gerontopsychiatrie entlasten

Marxen, Anne-Maren, Dr., Mitglied des Vorstands der BGW, Tierärztin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Kiel; WS C2: Die Biostoffverordnung einfach und effizient umsetzen

Matyssek, Anne Katrin, Dr., do care!, Düsseldorf; Plenum B, Vortrag: Kraftquelle Wertschätzung

Meier, Jens, Trainer für Kinästhetik, Flensburg; WS C6 und WS D6: Kinästhetik – Patientenaktivität fördern, sich selbst entlasten

Meyerhoff, Fred, BGW, Hannover; Plenum K, Vortrag: Ein Runder Tisch für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz

Morch-Röder, Alexandra, BGW, Berlin; Plenum C, Vortrag: Optimale Berührungsqualität bei optimalem Hautschutz

Müller-Bagehl, Sabine, Amt für Arbeitsschutz, Hamburg; WS B2: Ganz einfach: Arbeits- und Gesundheitsschutz in der ambulanten Pflege

N

Nat, Philipp, Einrichtungsleitung Haus O'land – Ein Haus für Menschen mit Demenz, Bremen; Plenum J, Vortrag: Arbeitsschutz und Demenz – Ressourcen sinnvoll einsetzen

Nienhaus, Albert, Dr., BGW, Hamburg; Plenum A, Vortrag: Wie steht es um die Altenpflege? Zahlen, Daten, Fakten; WS B3: Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege

P

Palsherm, Kerstin, BGW, Hamburg; WS C13: Betriebliches Eingliederungsmanagement – Aufgaben und Rollen betrieblicher Akteure

Popp, Walter, Prof. Dr., Leiter Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Essen, Essen; Plenum C, Vortrag: Hygiene in der ambulanten Pflege

Pude, Werner, BGW, Hamburg; WS C11 und WS D1: Mit physischer Intervention Angriffen begegnen; WS F2: Elektrisch betriebene Pflegeprodukte sicher anwenden

R

Ramm, Michael, Psychologe, Forum fBB, Hamburg; WS B11: Ergonomie in der Altenpflege: Mehr Wohlbefinden für Mitarbeiter und Bewohner; WS E4: Aktivierung mit Liftern? Das unterschätzte Hilfsmittel

Rehling, Brigitte, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e. V., Hamburg; Plenum E, Vortrag: Stationäre Pflege weiterentwickeln, Qualität sichern – ein Modellprojekt

Reichenbach, Michael, Architekt, Reichenbach ProjektServices GmbH, Berlin; WS F16: Technik in der Altenpflege – was ist möglich, was ist nötig?

Reichenbach, Ruth, Physiotherapeutin, Beratung und Training, München; WS D12: Prävention von Rückenbeschwerden: Im Dschungel der Konzepte; WS E10: Fit bleiben statt krumm schuften: Rückenschule in der Hauswirtschaft

Röder, Martina, Heimleitung, Neanderklinik Harzwald GmbH, Ilfeld; WS E16: „Geht nicht, gibt's nicht!" – Gesundheitsmanagement in der Neanderklinik Harzwald GmbH

Roerkohl, Alfons, Dr., Geschäftsführer 3cert GmbH, Bochum; WS F5: qu.int.as® – Strategien für eine erfolgreiche Zertifizierung

Rogalla, Katharina, Physiotherapeutin, Darmstadt; WS A3: Erhobenen Hauptes: Ganzheitliche Rückenschule

Röschmann, Birgit, Dozentin für Pflegeseminare, „Pflegen mit Rück-Rat", Hamburg; WS A13: Alles wunderbar? Mehr Durchblick mit begleitenden Fallbesprechungen

Rumpke, Gundel, Pflegedienstleiterin Seniorenzentrum Dielingen, Dielingen; WS F1: Richtungsweisend: Unternehmensleitbild und Gesundheitsförderung

S

Sachs, Tina, Physiotherapeutin, Schulungen und Fachberatung, Guldmann GmbH, Wiesbaden; WS B1: CareLift Management – Patiententransfer nach dem Guldmann-Konzept

Saßen, Sascha, Unternehmensentwicklung und Organisation, Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf, Düsseldorf; Plenum E, Vortrag: Mehr Effizienz durch qualitative Kennzahlen: Beispiel Expertenstandard Dekubitusprophylaxe; Plenum G, Vortrag: Risikomanagement: Fehler vermeiden, Schaden abwenden

Schablon, Anja, BGW, Hamburg; WS B3: Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege

Schambortski, Heike, Dr., BGW, Hamburg; Plenum A, Vortrag: DAK-BGW Gesundheitsreport 2006: Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege; Plenum F, Vortrag: Schichtarbeit gesundheitsfördernd gestalten

Schedlbauer, Grita, Dr., BGW, Hamburg; WS B3: Betriebsärztliche Vorsorge und Berufskrankheiten in der Altenpflege

Schieron, Martin, Pflegewissenschaftler, Aufsichtsperson, Verein Beratung in der Pflege e. V., Duisburg; WS A2: Der Beratungsbesuch in der häuslichen Pflege: Pflegekräfte zwischen Beratung und Kontrolle

Schoden, Gertrud, Gestalttherapeutin und Kommunikations-/Sozialkompetenztrainerin, Trierweiler; WS D4: Wir bestimmen unsere Realität selbst, oder?

Schöll, Norbert, Dr., Projektleiter, Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen, Bremen; WS B6: KoKoQ – Kommunikation, Kooperation und Qualifikation verbessern

Schönemann, Jochen, Psychologe, Universität Heidelberg, Heidelberg; WS D2: Gute Kommunikation zwischen Illusion und Realität; WS E3: Hilfe für die Helfer: Psychische Belastungen erkennen und erfolgreich bewältigen

Schönwald, Andreas, Geschäftsführender Gesellschafter Empatis – Institut für wegweisende Persönlichkeitsentwicklung, Dresden; WS B9: Sinn- und Lebenskrisen als Chancen begreifen

Schöpfer, Jutta, Dr., Ärztin, Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität, München; Plenum I, Vortrag: Strangulation: Die Risiken der Fixierung

Schröder, Christian, Wohnbereichsleitung, GSS Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Haus St. Klara, Friesenhagen; Plenum D, Vortrag: qu.int.as® – Erfolgsfaktor Mitarbeiterorientierung

Schütt, Karsten, Physiotherapeut, Liko GmbH, Berlin; WS E4: Aktivierung mit Liftern? Das unterschätzte Hilfsmittel

Settgast, Michael, Organisationsberater, contec GmbH, Kornwestheim; WS F10: Reorganisation als Chance für eine erfolgreiche Zukunft

Siegel, Wolfgang, Mitglied des Vorstands der BGW, Fachpsychologe für Rechtspsychologie, Dortmund; WS C1: Das persönliche Pflegedilemma: Wie Pflegekräfte eine gesunde innere Haltung finden

Sirsch, Erika, Pflegewissenschaftlerin, stellvertretende Leiterin KK Training Beratung Weiterbildung, Essen; WS D3: Schmerzmanagement bei Menschen mit Demenz

Star, van der, Ada, Medizinpädagogin, Dozentin in der Altenpflegeausbildung, Staatlich anerkannte Berufs-Ausbildungsstätte Aja Textor-Goethe, Frankfurt; WS E14: Sexualität in der Pflege

Stemmer, Renate, Prof. Dr., Sprecherin der Sektion Hochschullehre der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft und Pflegeforschung, Katholische Fachhochschule, Mainz; WS A9: Qualitätsmessung in der Altenpflege

Stolze, Erika, Beratung für Pflegeeinrichtungen, Weilrod; Plenum C, Vortrag: Schnell und einfach umgesetzt: Die Hygieneempfehlungen des Robert Koch-Instituts

Stricker, Jörg, Christliches Jugenddorfwerk Deutschland e. V., Perleberg; WS E8: qu.int.as® in der Praxis: Arbeitsschutz und Qualitätsmanagement erfolgreich verknüpfen

Strüber, Ulrich, Geschäftsführer Stiftungsbereich Altenhilfe, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel, Bielefeld; WS D8: Der Weg zu einer gesunden Organisation: Betriebliches Gesundheitsmanagement im Verbund

T

Taddicken, Markus, BGW, Delmenhorst; WS C13: Betriebliches Eingliederungsmanagement – Aufgaben und Rollen betrieblicher Akteure

Tegeler, Heidrun, zertifizierte Ausbilderin in Validation, Paritätische Gesellschaft für soziale Dienste, Bremen; WS A12 und WS D10: Validation® – desorientierte Menschen einfühlsam begleiten

Töpsch, Karin, Dr., Organisationsberatung & Training, Stuttgart; WS B7: Ein Träger, viele Einrichtungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement unter einem Dach

U

Ufer, Thomas, Dr., Medizinrecht, Rechtsanwaltskanzlei Dr. Halbe, Köln; Plenum D, Vortrag: Haftungsrisiken mindern: Was leistet qu.int.as®?

V

Venzke, Doris, Venzke – Beratung & Training, Wörth am Rhein; WS A7: Netzwerken – aber richtig!; WS F13: Wissen, was Mitarbeiter bewegt: Das BGW-Betriebsbarometer

Verfürth, Doreen, Einrichtungsleiterin Ansgar Wohnstift Waren, Neubrandenburg; Plenum E, Vortrag: Qualitätsentwicklung in der Altenpflege: Zwischen Kundenerwartung und Überregulierung

Vogt-Akpetou, Ulla, BGW-Organisationsberaterin, Bielefeld; WS F1: Richtungsweisend: Unternehmensleitbild und Gesundheitsförderung

W

Wabra, Ulrich, Berater für Betriebsräte, sobi — Gesellschaft für sozialwissenschaftliche Beratung und Information, Göttingen; WS C14: Mehr Zeit für die ambulante Pflege – innovative Modelle der Arbeitsorganisation

Wagner, Moritz, Projektbeauftragter Altenpflege, Forschungsgruppe Metrik, Bermuthshain; WS B12: Informationen aus erster Hand: Befragungen als Erfolgsfaktor in der Altenpflege

Wegscheider, Wolfgang, BGW, Köln; WS C9: Sicherer Umgang mit Desinfektionsmitteln in der Pflege; Plenum K, Vortrag: Branchenbausteine für die Gefährdungsbeurteilung: Beispiel Gefahrstoffe

Weiß, Erhard, BGW, Karlsruhe; Plenum G, Vortrag: Gefährdungsbeurteilung für die Praxis – Empfehlungen der BGW; Plenum K, Vortrag: Entbürokratisierung in der Pflege

Welk, Lars, BGW, Hamburg; WS E6: Sicher ankommen: Pkw-Fahrten in der ambulanten Pflege

Wiedmann, Beate, Forum fBB, Hamburg; WS E10: Fit bleiben statt krumm schuften: Rückenschule in der Hauswirtschaft

Wiesler, Hansjörg, Caritasverband Stuttgart, Beratungsdienst Gesundheit, Mensch + Arbeit, Stuttgart; WS B7: Ein Träger, viele Einrichtungen: Betriebliches Gesundheitsmanagement unter einem Dach

Wilhelm, Matthias, BGW, Hamburg; WS E9 und WS F6: Praktische Erfahrungen mit al.i.d.a®: Die Zeit-Leistungs-Analyse

Wischnewski, Reinhold, Pflegedienstleitung, Gertrud-Teufel-Seniorenzentrum, Nagold; WS F9: Sucht in der Altenpflege – Wege aus dem Dilemma

Wittkuhn, Stephan, Rechtsanwalt für Sozial-, Arbeits-, Betreuungs- und Heimrecht, DGB Rechtsschutz GmbH, Hamburg; WS A1: Was ist bei freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beachten?; WS C5: Mehr Handlungssicherheit bei haftungsrechtlichen Tatbeständen

Wortmann, Norbert, BGW, Hamburg; WS A4: Die KRISTA-Studie der BGW: Rückengerecht arbeiten mit dem Pflegebett; WS B11: Ergonomie in der Altenpflege: Mehr Wohlbefinden für Mitarbeiter und Bewohner

Z

Zacharias, Annegret, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik (ISS) e. V., Jena; Plenum E, Vortrag: Stationäre Pflege weiterentwickeln, Qualität sichern – ein Modellprojekt

Zeh, Annett, BGW, Hamburg; Plenum I, Vortrag: Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression; WS F8: Gewalt und Aggression: Die Eskalation vermeiden

Zeickau, Thomas, Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle Harburg, Hamburg; WS D9: Sucht im Alter

Zimber, Andreas, Dr., Personal- und Organisationsentwicklung, Heidelberg; WS B8 und WS C8: Wie Führungskräfte die Gesundheit ihrer Mitarbeiter stärken können; WS E7: Potenziale nutzen: Alternsgerechte Arbeitsgestaltung

Zimmermann, Christiane, Abteilungsleitung, Krankenhaus Bethanien, Solingen; WS D7: Schwerstarbeit: Bewohner mit Übergewicht

Informationen zu weiteren Beiträgen auf dem bgwforum 2007 erhalten Sie bei den jeweiligen Referenten:

Dahlgaard, Knut, Dekan der Fakultät Soziale Arbeit und Pflege, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg; Plenum F, Vortrag: Innovative Arbeitszeitmodelle; E-Mail: Knut.dahlgaard@sp.haw-hamburg.de

Schröder, Gerhard, Gerhard Schröder Kommunikation, Fort- und Weiterbildung für Pflegeberufe, Uslar; WS F12: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe – Umsetzung in die Praxis; E-Mail: bildung@gsk-agentur.de

Pappelallee 35/37 · 22089 Hamburg · www.bgw-online.de

